

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE N^o 151
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean LELIÈVRE

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Externe des Hôpitaux
Diplômé de l'Institut d'Hygiène
Né le 23 Avril 1901 à Beauchêne (Orne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
de
l'Étranglement et de la Torsion du Pédicule
dans les
Hernies inguinales Tubo-Ovariennes chez l'Enfant

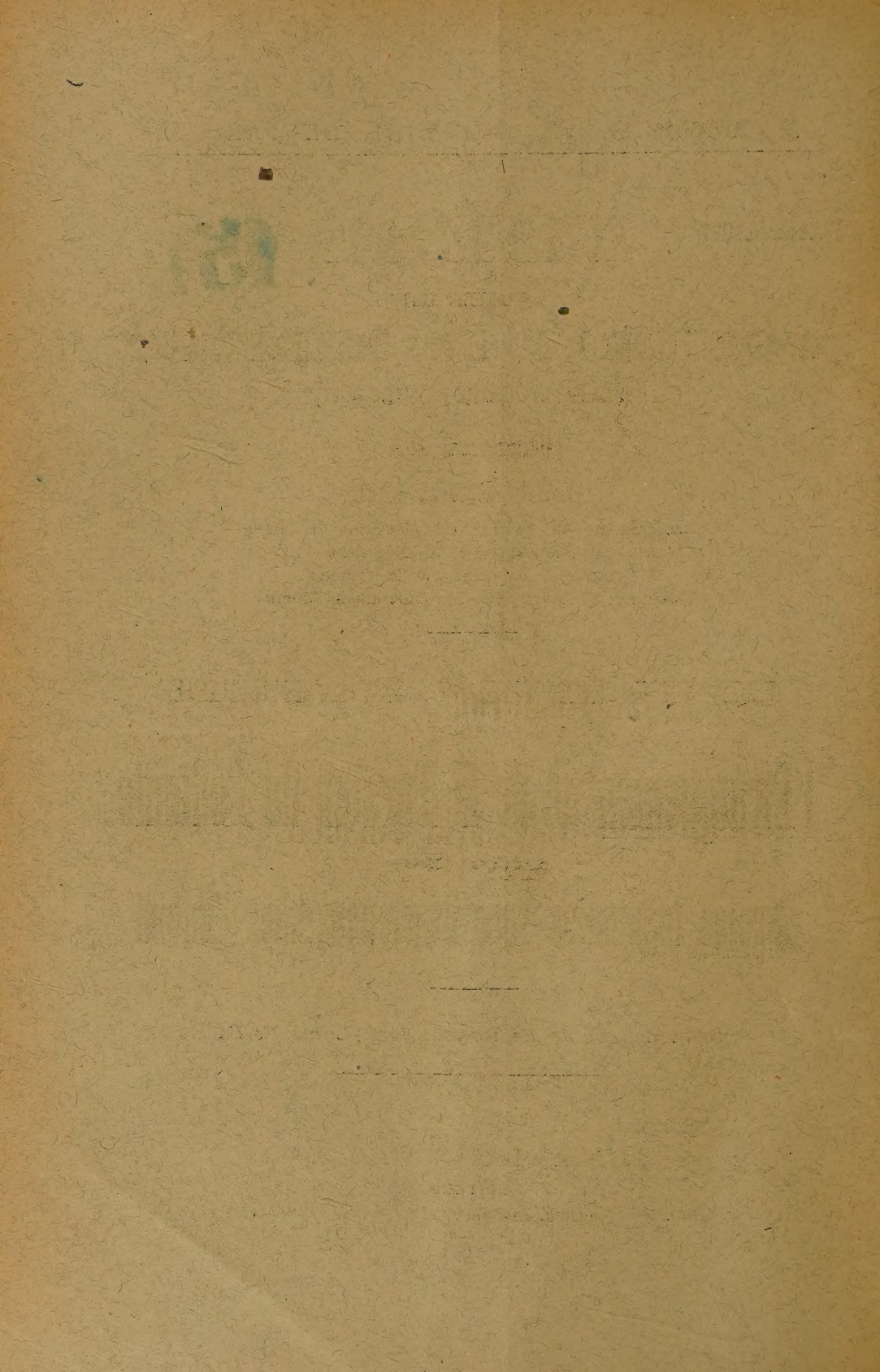
Président : M. le Professeur Jean-Louis FAURE

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1927



T H E S E
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean LELIÈVRE

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien Externe des Hôpitaux

Diplômé de l'Institut d'Hygiène

Né le 23 Avril 1901 à Beauchêne (Orne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
de
l'Étranglement et de la Torsion du Pédicule
dans les
Hernies inguinales Tubo-Ovariennes chez l'Enfant

Président : M. le Professeur Jean-Louis FAURE

LIBRAIRIE M. LAC

EDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

—
1927



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. ROGER
I. — Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBE
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
	GILBERT
Clinique médicale	BEZANÇON
	ACHARD
	WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	II. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELMÉ
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	JEANNIN
	COUVELAIRE
	J.-L. FAURE
Clinique gynécologique	OMBREDANNE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VAQUEZ
Clinique thérapeutique médicale	SEBILLEAU
Clinique oto-rhino-laryngologique	DUVAL
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT
Clinique propédeutique	ROUVIERE
Professeur sans chaire	BRANCA
II. — Agrégés en exercice	
MM.	MM.
ABRAMI	DEBRE
AUBERTIN	I. DE JONG
BASSET	DUVOIR
BAUDOUIN	ÉCALLE
BINET	FIESSINGER
BLANCHETIERE	FOIX
BRULE	GARNIER
CADENAT	HARVIER
CHAMPY	HEITZ-BOYER
CHIRAY	HOVELACQUE
CLERC	JOYEUX
	Hygiène.
	Anatomie pathologique.
	Médecine légale.
	Obstétrique.
	Pathologie médicale.
	Pathologie médicale.
	Pathologie expérimentale.
	Pathologie médicale.
	Urologie.
	Anatomie.
	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ HENRI..	Chimie biologique.
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL ..	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.

MM.	
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILBERT....	Bactériologie.
RICHET Fils ..	Physiologie.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VELTER.....	Ophthalmologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour la période des examens

MM.	
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
GOUGEROT....	Pathologie médicale.
GUENIOT.....	Obstétrique.
LE LORIER....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.

MM.	
RETTERER....	Histologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
TANON.....	Pathologie médicale.
VILLARET....	Pathologie médicale.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.

MM.	
LERI.....	Clinique médicale.
LOEPER.....	Clinique médicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ....	Clinique chirurgicale.

V. — Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes. Stomatologie. Education physique. Radiologie clinique.
FREY.....	
CHAILLEY-BERT.....	
LEDoux-LEBARD.....	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Qui fut ravi si tôt à mon affection, et
et dont la loyauté et la conscience du
devoir me serviront d'exemple au cours
de ma vie.

A MA MERE

Faible témoignage de mon affection et
de ma reconnaissance pour tous les sacri-
fices qu'elle s'est imposée pour moi.

A MA SOEUR, A MON BEAU-FRERE ET A MON NEVEU

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

*Professeur de clinique Médicale
Médecin de l'hôpital Beaujon,
Membre de l'Académie de Médecine.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DELBET,

*Professeur de clinique chirurgicale
Chirurgien de l'hôpital Cochin,
Membre de l'Académie de Médecine.*

MONSIEUR LE DOCTEUR THIROLOIX,

*Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin honoraire des Hôpitaux*

MONSIEUR LE DOCTEUR M. AUVRAY,

*Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien de l'hôpital Laënnec.*

MONSIEUR LE DOCTEUR FÉLIX RAMOND,

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE,

*Professeur de clinique ophtalmologique honoraire,
Membre de l'Académie de Médecine.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LEGUEU,

*Professeur de clinique urologique,
Chirurgien de l'hôpital Necker,
Membre de l'Académie de Médecine.*

MONSIEUR LE DOCTEUR P. RUDAUX,

Accoucheur de la Maternité

MONSIEUR LE DOCTEUR J. HALLÉ,

Médecin de l'hôpital Necker.

MONSIEUR LE DOCTEUR G. LARDENNOIS,

*Professeur agrégé à la Faculté,
Chirurgien de l'Hôpital des Ménages.*

A MES MAITRES DE L'INSTITUT D'HYGIENE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BERNARD,

*Professeur d'Hygiène,
Médecin de l'hôpital Laënnec,
Membre de l'Académie de Médecine*

MONSIEUR LE PROFESSEUR DOPTER,

*Professeur au Val de Grâce,
Membre de l'Académie de Médecine.*

MONSIEUR LE DOCTEUR JULES RENAULT,

*Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de Médecine.*

MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT DEBRÉ,

*Médecin des Hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté.*

MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI LABBÉ,

Professeur agrégé à la Faculté.

MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI THIERRY,

Directeur du service d'Hygiène de la ville de Paris.

MONSIEUR LE DOCTEUR DIMITRI,

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. MADIER,

Chirurgien des Hôpitaux,

Que nous remercions infiniment pour
tous les conseils qu'il nous a donnés à
l'hôpital des ménages, dans le service de
notre maître M. le Professeur agrégé
LARDENNOIS, et au cours de l'élaboration
de ce travail.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE,

*Professeur de clinique gynécologique,
Chirurgien de l'hôpital Broca,
Commandeur de la Légion d'Honneur,
Membre de l'Académie de Médecine,*

Que nous remercions de l'honneur
qu'il nous fait en acceptant la prési-
dence de cette thèse.

INTRODUCTION

Si la hernie inguinale de l'ovaire et de la trompe est bien connue depuis longtemps, ses complications le sont moins, en particulier l'étranglement et surtout la torsion du pédicule tubo-ovarien chez l'enfant. En France, un certain nombre d'observations ont été publiées, mais aucune étude d'ensemble complète n'a été faite sur ces deux complications de la hernie inguinale annexielle.

Notre maître, M. le docteur MADIER, a eu l'occasion d'opérer ces dernières années trois cas de hernie tubo-ovarienne avec volvulus du pédicule chez des nourrissons. Il a remarqué la fréquence relative des torsions de la trompe et de l'ovaire dans les sacs de hernie inguinale chez l'enfant et nous a conseillé d'étudier cette question par comparaison avec l'étranglement véritable. C'est le résultat de nos recherches que nous publions dans cette modeste brochure.

Nous prions M. le docteur MADIER de bien vouloir trouver ici le témoignage de notre reconnaissance pour les documents et les conseils nombreux qu'il nous a donnés avec bienveillance au cours de ce travail. Nous remercions aussi vivement M. le docteur GUIMBILLOT et M. le docteur A. MARTIN, chirurgiens des hôpitaux, qui ont eu l'amabilité de nous donner chacun une observation iné-

dite relative aux hernies tubo-ovariennes étranglées chez l'enfant.

Nous avons donc réuni 5 observations inédites de hernies de la trompe et de l'ovaire dont 4 avec torsion du pédicule et 1 avec étranglement. Nous avons recherché tous les cas semblables publiés en France et à l'étranger et nous en avons recueilli 61 cas ; ceci nous fait au total une statistique de 66 observations que nous publions dans ce travail.

Nous allons diviser cette étude en plusieurs chapitres. Après avoir fait l'historique de la question, nous en ferons l'étude clinique avec la symptomatologie et le diagnostic. Puis nous verrons ensuite l'anatomie pathologique, la pathogénie qu'il serait intéressant d'élucider, et le traitement. Enfin, après avoir publié toutes les observations parues jusqu'à ce jour, à notre connaissance, nous tirerons les conclusions de cette étude sur les hernies annexielles avec étranglement et torsion du pédicule tubo-ovarien.

HISTORIQUE

La hernie de l'ovaire est connue depuis bien longtemps. D'après PÉRILHE, dans son « Histoire de la Chirurgie », la première observation est due à SORANUS D'EPHÈSE en l'an 97 de notre ère. Il faut attendre presque seize siècles avant de découvrir un nouvel exemple de cette variété de hernie. BESSIÈRE, chirurgien de Paris, trouva vers 1672 la partie frangée de la trompe et les intestins dans une hernie inguinale. DIONIS, en 1707, dans son « Cours d'Opérations de Chirurgie », parle des hernies des organes génitaux dans la hernie inguinale chez la femme.

En 1716, sieur LOUIS LÉGER DE GOUËY, maître chirurgien juré reçu à Paris et résidant à Rouen, raconte dans son livre intitulé « La véritable chirurgie établie sur l'expérience et la raison », l'histoire d'une jeune fille de 21 ans ayant eu une grossesse ectopique dans un sac de hernie inguinale droite.

PERCIVAL POTT, en 1756, trouva chez une femme une tumeur inguinale bilatérale qu'il extirpa. A la suite de cette intervention, la femme cessa d'être réglée et ses seins perdirent de leur volume.

CAMPER, en 1765, dans l'amphithéâtre d'Amsterdam eut l'occasion de voir l'ovaire dans une hernie inguinale.

Vers le même temps, BALIN, dans son ouvrage, « L'art de guérir les hernies » qu'il publia en 1768, dit qu'en

faisant l'autopsie d'une femme morte à la Salpêtrière, il vit un ovaire engagé dans l'anneau inguinal.

Quelques années plus tard, en 1779, DESAULT, dans son « *Traité des Maladies Chirurgicales* » fait en collaboration avec CHOPART, publie l'observation d'une femme de 50 ans, destinée aux préparations anatomiques, chez laquelle il trouva une hernie tubo-ovarienne gauche.

En 1806, LASSUS, dans le tome II de sa « *Pathologie chirurgicale* », cite trois exemples de hernie inguinale de l'ovaire et tous les trois avaient donné lieu à des erreurs de diagnostic. Les deux premiers cas avaient été pris, l'un pour une entéro-épiplocèle, l'autre pour un ganglion lymphatique. Le troisième cas est l'histoire d'une petite fille de 4 à 5 ans qui avait une tumeur inguinale enflammée diagnostiquée : abcès cutané. « Lorsqu'il fut ouvert, dit LASSUS, nous vîmes l'ovaire hors de l'abdomen plus volumineux qu'il ne l'est à cet âge, et probablement parce qu'il avait été étranglé ». Cette observation nous intéresse particulièrement, car c'est, à notre connaissance, la première publication de hernie inguinale de l'ovaire chez une enfant.

MURAT, en 1813, écrit ses « *Recherches sur les hernies de l'ovaire* » dans le Dictionnaire en 60 volumes.

La même année, DENEUX, le neveu de BAUDELOCQUE, publie un travail important : « *Mémoires sur les hernies de l'ovaire* » où il insiste sur les hernies congénitales avec persistance du canal de Nüek, sur la difficulté du diagnostic et sur « l'étranglement et les accidents qui en sont la suite. Depuis le médecin d'EPHÈSE jusqu'à DENEUX les travaux parus sur les hernies inguinales tubo-

ovariennes portaient sur cette affection en général, avec ou sans étranglement, et concernaient les adultes. A part l'observation de LASSUS dont nous venons de parler, et qui est douteuse quant à l'étranglement, aucun fait certain de hernie inguinale étranglée de l'ovaire chez l'enfant n'avait été publiée à cette époque. Le premier cas paraissant indéniable a été observé par BILLARD. En 1837, dans son « *Traité des Maladies de l'Enfance* », cet auteur cite le cas d'une enfant de 17 jours, atteinte d'une tuméfaction inguinale gauche, irréductible et douloureuse, et morte 26 jours plus tard de pneumonie. L'autopsie montra que la tumeur inguinale était un sac herniaire contenant l'ovaire et la trompe très tuméfiés.

En 1838, COLOMBAT DE L'ISÈRE, dans son « *Traité des Maladies des Femmes* », dit que les hernies de l'ovaire peuvent être suivies d'étranglement et qu'il est de la plus haute importance de les réduire promptement et de les maintenir réduites.

L'année suivante, BÉRARD publie dans « *L'Expérience* » un article sur la « *Hernie de la trompe de Fallope* ».

En 1840, la « *Gazette Médicale de Paris* » publie un cas d'étranglement inguinal des annexes droites observé en Allemagne par SCHOLLER sur un enfant de 19 jours.

La même année, VERDIER, dans son « *Traité pratique des Hernies* » parle de la hernie de l'ovaire et VELPEAU, dans le « *Dictionnaire de Médecine* », décrit cette affection sous le nom d'« *Ovarioncie* ».

MAISONNEUVE, dans sa thèse de professorat, soutenue en 1850, décrit l'étranglement des hernies de l'ovaire.

En 1851, à la Société de Chirurgie de Paris, MOREL-LAVALLÉE signale l'attraction du fond de l'utérus du côté de l'ovaire hernié.

GUERSANT publie en 1858 l'observation d'une hernie de l'ovaire chez une petite fille. La tumeur prise pour un kyste fut extirpée et l'enfant mourut de péritonite.

En 1854, BALLEY, dans sa thèse inaugurale sur la hernie congénitale, signale un cas de hernie inguinale de l'ovaire droit irréductible survenue chez une enfant de 10 ans.

NÉLATON dans son ouvrage : « *Eléments de Pathologie externe* » paru en 1857, décrit la hernie de la trompe comme étant entraînée par celle de l'ovaire et consacre un article à l'étranglement de ces variétés de hernie.

En Angleterre, HOLMES COSTE, en 1865, attire l'attention sur l'étranglement des hernies tubo-ovariennes. La même année, SCHMIDT dit que les hernies ovariennes inguinales sont le plus souvent congénitales.

En 1868, PANAS publie dans la « *Gazette des Hôpitaux* » l'observation d'une petite fille de 7 mois qu'il a opérée pour hernie étranglée contenant l'intestin, l'ovaire et la trompe du côté droit.

En 1869, LOUMAIGNE, dans sa thèse, traite « de la hernie de l'ovaire » en général et insiste sur l'hystérométrie comme moyen de diagnostic, l'utérus étant incliné du côté de la hernie.

FRANCK HAMILTON et TERRY commencent les grands travaux sur la question avec douze observations nouvel-

les publiées en 1870 dans « Bellevue Hospital Report's ».

En 1871, ENGLISH fait un important mémoire sur les hernies de l'ovaire. Il réunit 38 observations dont 2 personnelles. Sur ces 38 observations, 27 sont des hernies inguinales et 5 sont survenues chez des enfants.

PUECH, en 1878, fait une étude très documentée sur la hernie de l'ovaire dans les « Annales de Gynécologie », mais une dizaine seulement de ses observations concernent les enfants. FÉRÉ, dans son « Etude sur les orifices herniaires » éclaire la pathogénie de la hernie de l'ovaire.

En 1881, LENTZ, dans la « Gazette Médicale de Strasbourg », écrit l'observation d'un cas d'étranglement herniaire survenu chez une petite fille de 3 mois. Le sac contenait l'ovaire et la trompe qui furent réséqués. C'est le premier cas d'étranglement des annexes opéré et suivi de guérison chez l'enfant.

COURTY, dans le « Traité des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes » paru en 1881, consacre plusieurs chapitres aux hernies des organes génitaux de la femme et décrit leur étranglement.

COSTANTINO dans « Lo Sperimentale » fait un article sur la hernie inguinale ovarique.

En 1882, G. LANGTON présente un assez grand nombre de hernies de l'ovaire chez des enfants.

DURET, en 1883, dans sa thèse d'agrégation sur « les variétés rares de la hernie inguinale » consacre un article aux hernies de l'ovaire dans lequel il signale l'étranglement de cet organe. La même année, BARNES

ROBERT, publie une série d'observations de hernie de l'ovaire et en étudie la physiologie.

En 1886, LAWSON TAIT fait paraître son « Traité des Maladies des ovaires » qui contient un court chapitre relatif aux hernies de cet organe ; et, à Paris, BEURNIER, dans sa thèse sur « L'anatomie et la physiologie du ligament rond », éclaire l'étiologie et le mécanisme de la hernie inguinale de l'ovaire.

L'année suivante, THOMAS fait sa thèse sur la hernie de l'ovaire, mais parle peu de ses complications, en particulier de l'étranglement.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dans la « Cure radicale des hernies » montre le traitement des hernies tubo-ovariennes.

En 1888, CHAUVEAU fait sa thèse sur les « Hernies inguinales congénitales » et est amené à parler de l'ovaire.

BILTON POLLARD, en Angleterre, publie en 1889 un cas d'étranglement herniaire de l'ovaire et de la trompe survenu chez une petite fille de 3 mois.

Signalons en 1890 la thèse de BOUDAILLE sur « la hernie inguinale congénitale chez la femme et sur les hernies de l'ovaire ».

En 1893, LEJARS, dans la « Revue de Chirurgie » fait une intéressante étude sur les hernies de la trompe isolée et sur l'étranglement tubaire.

FÉLIZET publie l'année suivante son livre intitulé : « Les hernies inguinales de l'enfance » dans lequel il traite des hernies de l'ovaire. A la même époque, un auteur italien, MANEGA, relate l'observation d'un enfant de 4 mois qu'il a opérée avec succès pour un étranglement herniaire dont le sac contenait l'ovaire et la trompe.

DE VAUCHER, dans sa thèse soutenue à Lyon en 1895, contribue à l'étude des hernies inguinales de l'ovaire et de la trompe de Fallope.

Cette année est une date importante dans l'histoire des hernies tubo-ovariennes chez l'enfant. C'est en effet, en 1895 que LOCKWOOD, en Angleterre, observe le premier un cas de hernie de la trompe et de l'ovaire avec torsion de leur pédicule.

LEMHÖFER fait une thèse inaugurale à Liepzig sur les hernies de l'ovaire.

En 1896 les travaux sur les hernies annexielles sont nombreux. En Allemagne, GOEPEL publie un ouvrage sur les hernies de la trompe. En Angleterre, MUMBY, LOCKWOOD, OWEN relatent chacun une observation de volvulus tubo-ovarien dans un sac herniaire chez de jeunes enfants.

En 1897, MENCIÈRE, dans la « Revue Mensuelle des maladies de l'enfance » traite des hernies de l'ovaire principalement chez la petite fille et montre la difficulté du diagnostic.

CHARON publie une observation de hernie tubo-ovarienne chez un enfant de 3 mois et montre la facilité et l'inocuité de l'opération.

MORGAN cite un cas de volvulus du pédicule tubo-ovarien dans un sac de hernie inguinale chez un enfant de 8 mois.

SCHULTZ, en 1898, soutient sa thèse à Paris sur les hernies de la trompe de Fallope. Il insiste sur le caractère congénital de la hernie inguinale, la difficulté du diagnostic et les complications. La même année, MAASS en

Allemagne, MAY et BELBIN en Angleterre publient deux cas de hernie inguinale de la trompe et de l'ovaire avec torsion du pédicule chez des enfants. MOSER fait sa thèse à Berlin sur l'étranglement des hernies ovariques. BERNER résume tous les travaux parus à cette époque.

JABOULAY et PATEL, dans le « Traité de Chirurgie » de LE DENTU et DELBET, paru en 1899, consacrent un article aux hernies inguinales des organes génitaux de la femme.

HERMANN, dans sa thèse inaugurale sur les étranglements des annexes, soutenue à Kiel en 1899, et PINKERTON et PITT-TAYLOR publient deux observations de hernie tubo-ovarienne étranglée chez l'enfant. A Paris, OGÉ fait une thèse sur les hernies de l'utérus et des annexes.

Signalons, en 1900, l'observation de CAHEN concernant une torsion du pédicule dans un sac herniaire contenant la trompe et l'ovaire chez un nourrisson.

L'année suivante, QUADFLIEG et HABS publient trois observations de hernie tubo-ovarienne chez l'enfant, l'une avec étranglement et les deux autres avec torsion du pédicule. MARIANI fait un article dans le journal médical italien « Il Policlinico Sezione Pratica » sur la hernie de la trompe.

En 1902, Paul MORF étudie la hernie de la trompe sans l'ovaire ; NICOLL publie une observation de volvulus du pédicule tubo-ovarien, et, en France, LEGRAIN et ASCHOFF citent un cas d'étranglement de la trompe et de l'ovaire chez une enfant de 4 mois. RABIER fait sa thèse sur la torsion des trompes et étudie le mécanisme de cette torsion. GHEDINI publie une petite étude sur la hernie de la trompe utérine.

En 1903, PERI fait au Congrès International de Madrid un rapport très documenté sur la hernie inguinale de l'ovaire. SCHNITZLER étudie la torsion dans la hernie de l'ovaire et soutient une théorie pour en expliquer la pathogénie. Citons les observations de E. MARTIN et de GRUNERT sur la torsion du pédicule tubo-ovarien.

En 1904, les travaux sur la hernie de l'ovaire sont nombreux. En France, BORDEAU, BOULFROY, GARRIGUES et SÉBIAN, étudient cette question dans leur thèse de doctorat. BROCA lit un rapport à la Société de Chirurgie sur un cas de hernie de l'ovaire prise pour une hernie du rein observé par TAILHEFER, de Béziers. BILHAUT, dans les « Annales de Chirurgie et d'Orthopédie » cite une observation de hernie inguinale gauche chez une enfant de 3 mois avec étranglement d'un ovaire et d'une trompe.

En Allemagne, HEEGARD met au point la question des hernies tubo-ovariennes et cite de nombreuses observations personnelles et recueillies dans la littérature concernant l'étranglement et la torsion du pédicule chez l'enfant. Signalons ses observations personnelles, puis deux de HEIBERG et HOWITZ et deux autres de TSCHERING, de Copenhague.

Un auteur italien, SABATUCCI, publie en 1905, un article sur la hernie de la trompe utérine. DAMIANOSS fait une étude d'ensemble sur les hernies de l'ovaire avec torsion du pédicule chez l'enfant. Il publie un cas personnel, ainsi que MACÉ et MONCANY, en France, et CAMPBELL et RIGBY, en Angleterre.

L'année suivante, des observations analogues sont

publiées par GAUDIER, de Lille, le Médecin-Major CARDOT, HODGE et GAUGELE. PAYR, dans le « Deutsche Zeitschrift für Chirurgie », fait une étude sur la torsion intra-abdominale de la trompe saine et soutient une théorie assez vraisemblable pour expliquer la pathogénie de cette affection. CARMICHAEL publie un article et montre la fréquence de la hernie de l'ovaire dans la première année de la vie. ANDREWS, dans « The Journal of the American Medical Association », traite la question des hernies de l'ovaire et de la trompe dans un article très complet suivi d'une importante bibliographie.

Madame FERRAUD-BAYLON, dans sa thèse de doctorat soutenue à Montpellier en 1907, contribue à l'étude des hernies ovariennes, ainsi que GOVONI en Italie.

En 1908, BRINDEAU et POTTET, LECÈNE, CHURCHILL, publient des observations d'étranglement et de torsion du pédicule tubo-ovarien dans un sac herniaire chez des nourrissons. KIVLIN fait un petit travail sur la hernie de l'ovaire et montre sa fréquence chez l'enfant.

Mademoiselle PETITJEAN, en 1909, étudie dans sa thèse les hernies de la trompe et de l'ovaire chez l'enfant et leurs complications. Elle réunit quelques cas empruntés surtout à la littérature médicale anglaise et une observation personnelle concernant une torsion du pédicule chez un nourrisson de 7 mois. La même année, KENNEDY, en Angleterre, et LOZANO Y PONCE, de Léon, publient deux cas d'étranglement herniaire de la trompe et de l'ovaire chez l'enfant.

En 1910, MONTAGNARD, dans sa thèse sur les hernies de la trompe utérine soutient que l'étranglement de cet

organe est exceptionnel et que, dans les cas de torsion, le collet du sac reste toujours perméable. JOUIN fait sa thèse la même année à Bordeaux, sur les étranglements des hernies de la trompe de FALLOPE.

Des observations de volvulus du pédicule tubo-ovarien dans un sac herniaire chez l'enfant sont publiées en 1911 par VEAU et BERGER et par LANGEMAK, et, en 1912, par MOSCHOWITZ. Cette même année paraît un travail très important sur les hernies de l'ovaire fait par HEINECK. Cet auteur réunit tous les cas publiés jusqu'alors et consacre un chapitre à l'étranglement et à la torsion du pédicule.

En Italie, COSTA étudie la hernie des annexes dans un article très documenté paru dans « La Riforma Medica », et GIULIANO traite de la hernie tubaire dans la « Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche ».

M. AUVRAY, dans les « Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie », signale un cas de torsion spontanée de la trompe et de l'ovaire normaux, et, à propos de ce cas, fait l'étude clinique et pathogénique de la torsion des annexes saines dans l'abdomen et en dehors de l'abdomen.

Citons les observations de hernies inguinales tubo-ovariennes chez l'enfant, compliquées d'étranglement ou de torsion publiées en 1913 par NOVÉ-JOSSERAND et RENDU et par MATTEY, en 1914 par EUSTACE, en 1916 par GIVEL et par ABELIO, en 1918 par MÜLLER, en 1920 par HALLOPEAU et COLLEVILLE et en 1921 par ESTOR et AIMES.

DELÉPINE, en 1921, dans la « Revue française de Gy-

nécologie et d'obstétrique », dit que l'étranglement véritable de la trompe existe et que l'agent de l'étranglement est souvent l'orifice herniaire et quelquefois le collet du sac. La même année, SMITH et BUTLER, en Amérique, font une étude sur la torsion des annexes utérines avant la puberté, et, au chapitre de la torsion dans un sac herniaire, ces auteurs concluent que ce fait est relativement rare et qu'il survient seulement dans les hernies inguinales congénitales, et habituellement dans la première année de la vie.

Signalons les observations de BERTAUX et de BUQUET en 1923, de ROCHER, de Bordeaux, en 1924. Ce dernier auteur, en 1925, lit une note à la Société de Pédiatrie sur les hernies de l'ovaire chez le nourrisson et publie deux nouvelles observations.

Enfin en 1926, MATHIEU et MORUZI présentent à la Société de Chirurgie un cas de torsion du pédicule dans une hernie tubo-ovarienne chez une enfant de 3 mois.

ETUDE CLINIQUE

FREQUENCE

La hernie inguinale de la trompe et de l'ovaire est relativement fréquente chez l'enfant. CARMICHAEL, en 1906, dans une statistique faite à l'Hôpital Royal des Enfants Malades d'Edimbourg, dit que sur 76 cas de hernies inguinales opérées sur des petites filles, le sac était habité 30 fois. Et sur ces 30 cas, 24 contenaient l'ovaire ou la trompe ou les deux organes ensemble. Dans une statistique faite en 1917, BROSSY, trouva, sur 28 cas de hernie inguinale chez la petite fille, 10 fois les annexes dans le sac herniaire.

La fréquence est surtout marquée chez les nourrissons dans la première année de la vie. KIVLIN, sur 103 observations de hernie inguinale tubô-ovarienne, trouve 44 cas chez l'enfant de 10 ans et au-dessous et 11 cas où l'âge n'est pas indiqué. Et sur ces 44 observations, 30 concernent des enfants au-dessous de un an. A l'Hôpital Royal des Enfants Malades d'Edimbourg, CARMICHAEL, sur 27 observations de hernie inguinale survenues chez des enfants au-dessous de un an, trouva 13 fois les annexes dans le sac herniaire. Sur 21 cas au-dessous de 5 ans, il y avait hernie des annexes 7 fois. Et dans 34 cas au-dessous de 12 ans, 7 fois la présence

des annexes a été notée. Chez les tout jeunes enfants, la hernie tubo-ovarienne représente, d'après cet auteur, 66 % des hernies inguinales.

La variété inguinale est beaucoup plus fréquente que les autres hernies des annexes utérines. D'après la statistique de HEINECK, elle est 8 fois plus fréquente que toutes les autres variétés anatomiques réunies.

Des accidents aigus dûs à un étranglement ou à un pseudo-étranglement par torsion du pédicule tubo-ovarien s'observent très fréquemment au cours de l'évolution des hernies annexielles chez l'enfant. Les auteurs ont discuté sur la question de l'étranglement herniaire en général chez les enfants.

FÉLIZET, en 1894, considère l'étranglement herniaire chez l'enfant comme un accident peu intéressant à cause de sa rareté. GOSSELIN n'a jamais vu d'étranglement herniaire chez l'enfant. ESTOR, en 1902, a établi que cette rareté est incontestable et que ce fait contraste avec la fréquence bien connue des hernies dans le jeune âge. Paul BERGER, sur 10.000 cas de hernie examinés, a observé un cas d'étranglement chez un garçon de 14 mois. Carl STERN, dans une enquête très étendue faite dans les archives des hôpitaux d'enfants d'Amsterdam, de Breslau, de Francfort, de Prague, de Cracovie, de Vienne, de Bâle et de Berne, a recueilli le chiffre énorme de 138.741 enfants hospitalisés de 1877 à 1883 et, sur ce nombre, on n'a pas eu à faire une seule kélotomie ; c'est-à-dire que les accidents herniaires sont rares chez l'enfant.

BROCA, en 1902, pense que l'étranglement des her-

nies inguinales chez les jeunes enfants est moins rare qu'on ne l'a dit. HEURTAUD, dans sa thèse sur l'étranglement herniaire chez le nourrisson, dit que l'enfant est prédisposé à l'étranglement pendant les deux premiers mois de sa vie. BOURHIS, dans sa thèse faite à Paris, en 1912, fait remarquer que dans le service de KIRMISSON, aux Enfants-Malades, il n'a été fait aucune kélotomie de 1904 à 1912 dans les salles ne contenant que des malades de la deuxième enfance. Par contre, à la crèche chirurgicale où sont les nourrissons, il y a eu 41 étranglements herniaires en 5 ans. Et, en examinant ces cas, nous constatons que les deux tiers s'observent au cours de la première année, principalement dans les six premiers mois, et l'autre tiers au cours de la deuxième année de la vie.

Dans sa thèse, MEYER publie une statistique de 105 cas dans laquelle 72 étranglements se sont produits chez des enfants au-dessous de 6 mois. TARIEL et PETITJEAN dans leur thèse, arrivent à des résultats analogues.

En ce qui concerne les hernies de la trompe et de l'ovaire, nous partageons l'opinion de ces derniers auteurs. La plupart des observations publiées se rapportent à des cas d'étranglement et de pseudo-étranglement, car ce n'est pas toujours un étranglement vrai. En effet, en analysant les faits d'un peu plus près, on s'est aperçu, il y a une vingtaine d'années, qu'avec la symptomatologie de l'étranglement existait souvent, non pas un étranglement véritable, mais une torsion du pédicule tubo-ovarien. SMITH et BUTLER, en 1921, disent que la torsion des annexes dans les sacs herniai-

res, est relativement rare (sans compter l'étranglement). Cependant, cette torsion aiguë des annexes est plus fréquente que l'étranglement vrai. Sur les 66 observations de hernies tubo-ovariennes que nous avons recueillies dans la littérature médicale française et étrangère et réunies dans cette étude, nous trouvons 25 cas d'étranglement, soit une proportion de 37,5 %, contre 41 cas de torsion du pédicule, c'est-à-dire une proportion de 62,5 %.

AGE

Ces accidents surviennent surtout au cours de la première année de la vie et principalement pendant les six premiers mois. Qu'il s'agisse de l'étranglement ou de la torsion, l'âge de prédilection est sensiblement le même. C'est au cours du quatrième mois de la vie qu'on rencontre le plus d'étranglements et au cours du troisième qu'on trouve le maximum de torsions du pédicule. Nous établissons, ci-dessous, un tableau indiquant la fréquence de ces accidents aigus par rapport à l'âge des enfants ;

AGE DES ENFANTS	ÉTRANGLEMENT	TORSION DU PÉDICULE	TOTAL
1 mois	3 cas	1 cas	4 cas
2 —	2 —	4 —	6 —
3 —	2 —	9 —	11 —
4 —	6 —	3 —	9 —
5 —	2 —	5 —	7 —
6 —	1 —	2 —	3 —
7 —	3 —	3 —	6 —
8 —	0 —	3 —	3 —
9 —	0 —	1 —	1 —
10 —	1 —	1 —	2 —
11 —	1 —	0 —	1 —
12 —	0 —	0 —	0 —
13 —	0 —	0 —	0 —
14 —	0 —	1 —	1 —
15 —	0 —	0 —	0 —
16 —	2 —	0 —	2 —
17 —	0 —	0 —	0 —
18 —	0 —	0 —	0 —
2 ans	0 —	0 —	0 —
2 ans $\frac{1}{2}$	0 —	0 —	0 —
3 ans	0 —	0 —	0 —
3 ans $\frac{1}{2}$	0 —	1 —	1 —
4 ans	1 —	0 —	1 —
4 ans $\frac{1}{2}$	0 —	0 —	0 —
5 ans	0 —	1 —	1 —
Age indéterminé	1 —	6 —	7 —
Total	25 cas	41 cas	66 cas

COTÉ

Quel est le côté le plus fréquemment atteint ? KIVLIN, en 1908, pense que c'est le côté gauche. Dans sa statistique de 44 cas, il y a 22 hernies gauches, 17 hernies droites et 5 dont le côté n'est pas indiqué.

Notre statistique nous donne les mêmes résultats, aussi bien pour l'étranglement que pour la torsion du pédicule. La fréquence des lésions est à peu près égale des deux côtés, mais cependant légèrement plus élevée du côté gauche. L'étranglement a été observé 14 fois du côté gauche et 11 fois du côté droit ; la torsion du pédicule, 18 fois du côté gauche et 17 fois du côté droit.

Côtés :	DROIT	GAUCHE	INDÉTERMINÉ	TOTAL
Etranglement :	11 cas	13 cas	1 cas	25 cas
Torsion du pédicule :	17 —	19 —	5 —	41 —
Total :	28 —	32 —	6 —	66 —

Les accidents d'étranglement ou de torsion surviennent parfois en même temps que la formation de la hernie. Dans notre statistique, nous relevons 17 cas de ce genre. Le plus souvent, la hernie tubo-ovarienne existe déjà depuis un temps plus ou moins long, variant de quelques jours à quelques mois, quand se déclarent les accidents aigus. Dans cette étude, 25 fois la hernie avait été observée par la mère avant l'apparition de l'étranglement ou de la torsion ; 24 fois la date du début de la hernie ne figure pas dans les observations. Nous publions, ci-dessous, un tableau indiquant, pour nos observations, la date de la constatation de la hernie par rapport à celle des complications d'étranglement et de torsion.

Hernie tubo-ovarienne observée :

Au moment des complications	17 cas
15 jours avant les complications	2 —
3 semaines — — — — —	1 —
1 mois — — — — —	1 —
2 mois — — — — —	3 —
3 mois — — — — —	5 —
3 mois — — — — —	1 —
4 mois — — — — —	3 —
5 mois — — — — —	2 —
6 mois — — — — —	2 —
7 mois — — — — —	1 —
8 mois — — — — —	2 —
9 mois — — — — —	0 —
10 mois — — — — —	1 —
11 mois — — — — —	0 —
12 mois — — — — —	0 —
13 mois — — — — —	0 —
14 mois — — — — —	1 —
Date de début indéterminée	24 cas

SYMPTOMATOLOGIE

L'étranglement de la trompe et de l'ovaire et la torsion de leur pédicule dans un sac herniaire ont une symptomatologie identique.

Parfois, l'étranglement s'établit d'emblée en même temps que la hernie. Mais le plus souvent ces accidents

surviennent au bout d'un certain temps après l'apparition de la hernie. C'est généralement en faisant la toilette de l'enfant que la mère remarque, dans les premiers jours ou les premières semaines de la vie, la présence d'une petite tumeur dans la région inguinale. Cette petite tumeur apparaît soit à la suite de cris violents et répétés de l'enfant, ou de quintes de toux intenses au cours d'une coqueluche ou d'une broncho-pneumonie, soit enfin sans cause appréciable. La tuméfaction inguinale est indolore, mobile, réductible spontanément ou par les manœuvres du taxis. Si la famille consulte un médecin, celui-ci fait le diagnostic de hernie réductible, enterocèle ou épiplocèle ; c'est bien exceptionnel qu'on pense à la hernie tubo-ovarienne. On prescrit le port d'un bandage ordinaire en caoutchouc et le nourrisson continue à s'alimenter et à prospérer comme un enfant tout à fait normal.

Au bout d'un temps variable, généralement quelques mois, après avoir enlevé intempestivement le bandage où à la suite de toux violente ou de cris répétés, parfois, spontanément sans cause importante, les accidents aigus apparaissent. L'enfant qui, jusque là était gai, devient un peu grognon, puis pleure fréquemment. Dès qu'on le touche vers la région inguinale, siège de la hernie, ses cris redoublent d'intensité. Il s'alimente moins bien que d'habitude, refuse quelques-uns de ses biberons. Cependant, il y a des cas où l'enfant n'a aucun trouble de ce côté et continue à prendre ses tétées comme à l'ordinaire. Des vomissements alimentaires apparaissent brusquement et sont plus ou moins fréquents. Généralement

ils sont plus fréquents au cours de la première journée et ensuite diminuent d'intensité et peuvent même disparaître. L'enfant a des selles et des gaz comme à l'ordinaire, parfois cependant un peu moins abondamment.

La tumeur inguinale siège au-dessus de l'arcade de FALLOPE, près de son extrémité interne ; arrondie ou ovale, la tuméfaction descend jusqu'à la partie supérieure de la grande lèvre du côté correspondant à la hernie. Son volume est augmenté et varie entre celui d'une olive et celui d'un œuf de pigeon. A la palpation la tuméfaction est dure, tendue, irréductible et très douloureuse. Elle ne subit aucune impulsion sous l'influence de la toux, des efforts ou des cris de l'enfant. Son extrémité supérieure se prolonge par un pédicule qui pénètre dans l'orifice du canal inguinal. La forme est habituellement assez régulière. Cependant on sent fréquemment une surface légèrement bosselée, avec une rénitence particulière qui correspond à la paroi de l'ovaire. Aucun gargouillement n'est perceptible et la tumeur est mate à la percussion.

Si on fait le toucher rectal, on constate dans l'orifice interne du canal inguinal un pédicule mince qui est la trompe, et en le suivant avec le doigt vers son extrémité interne, on arrive sur l'utérus que l'on perçoit légèrement dévié du côté de la hernie.

Les symptômes généraux sont peu marqués ou même nuls. La température et le pouls sont normaux.

Evolution. — Au bout d'un temps variable suivant l'intensité de l'étranglement ou de la torsion, un ou plusieurs jours, les symptômes locaux s'aggravent. La

tumeur augmente encore de volume ; elle est très tendue, très douloureuse et absolument irréductible. La région inguinale est œdématisée. Parfois la peau à ce niveau est luisante, chaude, légèrement rouge avec une circulation veineuse collatérale. L'abdomen n'est pas contracté.

Les symptômes généraux et fonctionnels contrastent avec les signes locaux. Ceux-ci augmentent progressivement ; ceux-là restent dans un état à peu près stationnaire, peu marqués, ou même diminuent. Ce bon état général se conserve assez longtemps. Des malades opérés le 6^e, 7^e, 8^e, 12^e jour après le début des accidents ne présentaient aucun trouble fonctionnel ou général graves. (Observations XI, XXXV, XLIII, XLV).

Quelle serait l'évolution de ces accidents si on n'intervenait pas ? L'étranglement ou la torsion continuant à exercer leur action, la circulation de l'ovaire et de la trompe serait de plus en plus gênée dans le sac herniaire. La congestion augmentant aboutirait à la gangrène de ces organes. Cette gangrène d'abord aseptique pourrait rester toujours aseptique ou au contraire devenir septique au bout d'un certain temps et produire un abcès du sac. LASSUS cite un cas de hernie de l'ovaire chez une petite fille de 4 ans avec vraisemblablement étranglement de cet organe, qui s'est terminé par une suppuration du sac herniaire. L'abcès du sac s'ouvre généralement à la peau, mais le pus pourrait fuser par l'orifice inguinal profond dans la cavité abdominale et déterminer une péritonite aiguë généralisée qui entraînerait la mort. Mais ce sont là des éventualités

qu'on ne rencontre pratiquement pas, les malades étant opérés avant l'apparition de ces complications graves; d'ailleurs elles ne surviendraient qu'au bout d'un temps assez long. Dans notre statistique nous avons des enfants qui ont été opérés le 8^e ou le 12^e jour après le début de l'étranglement et chez lesquels on trouvait des annexes gangrénées, mais aucune trace de suppuration (Observations XXXV et XLIII).

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic de la hernie étranglée de l'ovaire chez l'enfant est difficile. D'abord il faut reconnaître qu'il s'agit d'une hernie. Si, comme c'est le cas le plus fréquent, on est en présence d'une hernie ancienne jusqu'à réductible, les commémoratifs racontés par l'entourage font penser immédiatement à un étranglement. Mais lorsqu'il s'agit d'un étranglement survenu d'emblée avec la hernie, le cas peut être très embarrassant. Cependant, le siège de la tumeur à l'orifice externe du canal inguinal, descendant même jusque dans la grande lèvre, l'irrégularité de ses contours, le pédicule qui prolonge la tumeur dans la profondeur sont des signes qui plaident en faveur du diagnostic de hernie.

Quel est le contenu de cette hernie ? S'agit-il d'une hernie tubo-ovarienne ? Il est exceptionnel que ce diagnostic soit fait à la période de réductibilité de la hernie. C'est en présence des accidents aigus qu'il faut faire ce diagnostic. C'est une tâche difficile mais qui n'est cependant pas toujours impossible. Quelques signes importants permettent en effet, lorsqu'ils sont réunis, d'affirmer le diagnostic,

Dans la hernie tubo-ovarienne étranglée, il existe un contraste frappant entre les symptômes locaux qui sont assez intenses et les signes généraux et fonctionnels qui sont peu accusés.

L'irréductibilité de la tumeur est un symptôme de grande valeur sur lequel insiste beaucoup notre maître le Docteur MADIER, étant donné que, chez le nourrisson, la hernie intestinale est toujours réductible par taxis.

La persistance des selles et des gaz est notée dans toutes nos observations ; parfois les selles et les gaz sont un peu diminués, mais néanmoins ils existent toujours. Nous savons que SCALONE a signalé un cas dans lequel l'étranglement de la trompe de FALLOPE s'est accompagné d'un syndrome d'ileus complet ; mais c'est là, sans aucun doute, une exception.

Enfin le toucher rectal apporte des éléments importants qui contribuent pour une large part à faire le diagnostic de hernie tubo-ovarienne étranglée. Cette pratique est recommandée depuis longtemps. En 1858, à la Société de Chirurgie, lorsque GUERSANT présente un cas de hernie de l'ovaire chez une petite fille de 3 ans, CHASSAIGNAC insiste sur l'importance du toucher rectal pour faire ce diagnostic. FÉLIZET et JALAGUIER conseillent également de faire le toucher rectal pour diagnostiquer une hernie étranglée chez le nourrisson. VEAU et BERGER, à la suite de leur observation, parue en 1911 dans les Archives de Médecine des enfants, que nous publions dans ce travail, disent avoir réformé un diagnostic de hernie étranglée grâce au toucher rectal. Chez le nouveau-né, le doigt introduit dans le rectum

arrive facilement à sentir l'orifice profond du canal inguinal. Dans la hernie étranglée, il est facile de sentir l'intestin qui s'engage. Dans le cas de hernie tubo-ovarienne, on sent le pédicule partant de la corne utérine et s'engageant dans l'anneau inguinal interne.

Un certain nombre de symptômes font défaut chez l'enfant par suite du manque d'activité physiologique de son appareil génital. C'est ainsi qu'on ne rencontre pas chez le nourrisson, à la palpation de la tumeur herniaire, la sensibilité ovarienne spéciale, analogue à la sensibilité testiculaire chez l'homme, l'augmentation de volume de la hernie et la douleur au moment des règles ou du coït, comme le fait a été observé maintes fois chez des femmes adultes. De même, le toucher vaginal recommandé par LASSUS, le cathétérisme utérin préconisé par HUGUIER dans son « Traité de l'Hystérométrie », pour indiquer « la direction, la situation, l'étendue de la matrice et la position de son fond vers l'ouverture interne du canal inguinal ou crural, suivant l'espèce de hernie » sont des manœuvres qu'il est évidemment impossible de pratiquer chez l'enfant.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Malgré cette symptomatologie théorique assez riche, l'étranglement de la hernie tubo-ovarienne est souvent méconnu. Dans notre statistique, le diagnostic de hernie de l'ovaire fut fait 9 fois seulement sur 66 obser-

vations c'est-à-dire dans 13,6 % des cas. Le diagnostic de hernie étranglée sans préciser le contenu du sac fut fait 17 fois et 25 fois, aucun diagnostic ne figure sur l'observation avant le compte-rendu opératoire. Tous les autres cas étaient des erreurs de diagnostic. Ainsi, on trouve 3 cas étiquetés : Hernie étranglée de l'épiploon, 3 cas de Lymphadénite, autant de Kystes enflammés du canal de Nüek, 2 cas de Hernie étranglée de l'intestin, une Hernie du rein, 1 Abscès inguinal et 1 Hématome.

Une des causes principales de ces erreurs de diagnostic réside dans le fait qu'en présence d'une tumeur enflammée de la région inguinale on ne pense pas assez à la hernie étranglée de la trompe et de l'ovaire.

Néanmoins il faut bien reconnaître que certains cas sont très difficiles et que des médecins avertis peuvent s'y tromper. Avec quelles affections de la région inguinale pouvons-nous discuter le diagnostic ?

Plusieurs auteurs, en particulier PERCIVAL POTT et LASSUS ont crû à un ganglion enflammé. M. le docteur MADIER a fait l'erreur inverse. Il a opéré une petite fille croyant à une hernie ovarienne alors qu'il s'agissait d'adénite. Les ganglions inguinaux ressemblent en effet à l'ovaire par leur forme ovoïde, leur consistance, et le volume qu'ils acquièrent dans certaines circonstances. Il n'est donc pas étonnant qu'on ait pris cet organe sorti par l'anneau inguinal pour un de ces ganglions. Cependant en y regardant de plus près on s'aperçoit que la surface de l'ovaire est moins régulière que celle d'un ganglion ; de plus la tumeur herniaire se continue dans le canal inguinal par un pédicule, fait que l'on n'observe pas

dans le cas d'adénite. Souvent on trouve aux membres inférieure ou dans la région ano-génitale une petite plaie ou une excoriation, causes de l'adénopathie.

L'étranglement de la hernie de l'ovaire est assez souvent confondu avec un kyste enflammé du canal de Nüch. Le siège est le même ; le kyste existe depuis un certain temps ; il a été remarqué par la mère, puis un jour il devient enflammé et douloureux. C'est à peu près l'histoire habituelle de la hernie réductible qui devient subitement étranglée. Notons cependant dès maintenant une différence : il est bien rare que la hernie n'ait jamais été irréductible tout au moins pendant quelque temps avant de s'étrangler, alors que le kyste du canal de Nüch est toujours irréductible. Enfin qu'il s'agisse d'adénite inguinale ou de kyste enflammé du canal de Nüch il n'y a pas de vomissements. Dans la hernie tubo-ovarienne, les vomissements existent, plus ou moins marqués, pendant la première journée. Si on fait un toucher rectal on sent l'orifice interne des canaux inguinaux entièrement libre lorsqu'il s'agit de kyste ou de lymphadénite.

Signalons l'erreur de LASSUS qui prit une hernie de l'ovaire pour un abcès sous-cutané de la région inguinale et celle de LUCKE où la hernie de l'ovaire fut confondue avec un lipome.

Le diagnostic des organes contenus dans la tumeur herniaire a donné lieu à de fréquentes erreurs. Parfois on a pensé à une enterocèle étranglée. Il y a en effet des signes communs, en particulier les vomissements. Cependant les vomissements n'ont pas les mêmes carac-

tères. Dans l'étranglement tubo-ovarien, ce sont des vomissements réflexes survenant par paroxysmes, quelquefois sans aucun malaise ; s'ils sont intenses au début, ils diminuent ou disparaissent dès que l'organisme est habitué à cette irritation anormale. Les vomissements par étranglement intestinal ont un début moins brusque, sont d'abord alimentaires, puis deviennent peu à peu fécaloïdes. Dans l'intervalle des vomissements il existe un état nauséux et un malaise général.

Mais ce ne sont là que de petites différences. Il y a des divergences nettes. Dans l'étranglement tubo-ovarien, il y a persistance des matières et des gaz et irréductibilité de la tumeur. Nous savons bien que l'enfant atteint de hernie étranglée de l'ovaire peut très bien n'avoir pas eu de selle s'il est examiné quelques heures seulement après le début des accidents. Mais dans les vingt-quatre heures, l'enfant a certainement au moins une selle. Quant à l'irréductibilité de la hernie, elle est exceptionnelle chez l'enfant atteint d'entéroccèle étranglée. HOLMES et DE SAINT-GERMAIN, dont l'expérience en matière de chirurgie infantile fait autorité à juste titre, ont observé souvent l'étranglement ; mais la réduction a toujours été possible et jamais ils n'ont été obligés de faire la kélotomie. Notre Maître, M. le Docteur MADIER, a aussi remarqué ce phénomène : il a toujours pu réduire la tumeur herniaire lorsque le contenu du sac était de l'intestin.

Le pincement latéral de l'intestin simule mieux encore la hernie étranglée de l'ovaire que l'étranglement total

de l'intestin, puisque dans le premier cas la circulation des matières et des gaz se fait librement.

L'épiplocèle étranglée ressemble beaucoup à l'étranglement tubo-ovarien à tel point que par la palpation de la région inguinale il est parfois impossible de faire la discrimination.

Mais si on fait le toucher rectal on arrive à faire le diagnostic. Dans le cas de hernie de l'ovaire on sent le pédicule tubo-ovarien prolongeant la corne utérine et s'engageant dans le canal inguinal par l'anneau interne de ce canal. C'est, nous insistons sur ce point, un signe très important qu'il convient de toujours rechercher en pareille circonstance.

Est-il possible de savoir cliniquement s'il s'agit d'un étranglement véritable ou d'une torsion du pédicule tubo-ovarien ? Nous pouvons répondre *non*. C'est un diagnostic qui n'est fait qu'à l'intervention. Les cas où le diagnostic de torsion était posé avant l'opération sont rares et ce sont des diagnostics d'impression ; il n'y a pas de signes propres à chacune de ces variétés anatomiques. Comme la torsion est beaucoup plus fréquente que l'étranglement vrai, on est plus sûr d'être exact en faisant le diagnostic de torsion du pédicule en présence d'accidents aigus survenant dans un sac de hernie tubo-ovarienne.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sac herniaire. — Le sac herniaire peut être absent partiellement ou complet. Le collet du sac ne présente rien de particulier. Il est quelquefois serré dans le cas d'étranglement, mais le plus souvent il est extensible, surtout dans le cas de volvulus du pédicule tubo-ovarien. Parfois il existe des brides à l'intérieur du sac. Dans certains cas, le sac est très épaissi et sa paroi peut contenir des petits kystes séreux.

Liquide herniaire. — A l'ouverture du sac herniaire s'écoule un liquide parfois séro-sanguinolent ; mais la plupart du temps le liquide est franchement sanglant, constitué par du sang et même des caillots de coloration noirâtre, ne présentant aucune odeur particulière.

Contenu du sac herniaire. — Le liquide étant enlevé on aperçoit les organes qui habitent le sac herniaire. Il est rare de trouver l'ovaire ou la trompe isolément. On rencontre généralement ces deux organes simultanément. Il est assez fréquent de voir le ligament large associé à la trompe et à l'ovaire. Enfin, dans quelques cas exceptionnels, l'intestin accompagne les annexes dans leur descente.

Voici un compte-rendu indiquant le contenu du sac herniaire dans les observations que nous avons réunies :

1) Ovaire seul :	2 observations, soit	3,03 %
2) Trompe seule :	1 —	1,51 %
3) Ovaire et trompe :	51 —	77,27 %
4) Ovaire trompe et ligament large :	9 —	13,63 %
5) Ovaire, trompe et intestin :	2 —	3,03 %
6) Ovaire et intestin :	1 —	1,51 %

Sur ces 66 observations, 25 étaient des étranglements véritables, c'est-à-dire une proportion de 37,5 %. La striction s'exerce dans la majorité des cas sur la trompe à une distance variable de l'utérus. Elle siège le plus souvent au niveau de l'orifice interne du canal inguinal, rarement au collet du sac ou au niveau de brides fibreuses (anneaux de Ramonède), les tissus étant très extensibles chez l'enfant.

La torsion du pédicule tubo-ovarien s'observe environ dans les deux tiers des cas. Notre statistique en contient 41 observations, c'est-à-dire une proportion de 62,5 %.

Le lieu de la torsion peut être au niveau de l'orifice profond du canal inguinal ou au niveau du collet du sac herniaire. Mais ce n'est pas une règle absolue. Dans certains cas, et l'observation VIII en est un exemple typique, la torsion dans l'intérieur du sac herniaire est à quelques millimètres de distance du collet. Ce fait démontre bien qu'on n'est pas en présence d'un étranglement par le collet du sac, mais qu'il s'agit bien d'une torsion véritable des annexes.

Le sens de la torsion n'est pas spécifié dans la ma-

jeune partie de nos observations. Mais, des quelques cas où ce détail a été mentionné, nous pouvons déduire que la torsion se fait indistinctement dans un sens ou dans l'autre.

Le degré de torsion est variable ; on observe le plus souvent un demi-tour ou un tour complet. Mais nous avons des cas où une torsion de deux, trois et même quatre tours de spires a été observée (Observations XI, XII, XVII, XLII).

Les lésions produites par l'étranglement sont les mêmes que celles du volvulus du pédicule tubo-ovarien. Leur importance est variable suivant l'intensité et suivant la durée de la striction. Il est certain qu'elles se produisent rapidement car les observations où l'intervention a suivi de près le début des accidents montrent presque toujours des lésions graves des annexes nécessitant leur ablation. Dans les observations XIV, XXXVII, XLVII, où l'enfant a été opérée 12 heures après le début de l'étranglement, les dégâts anatomiques étaient tels qu'il a fallu une castration unilatérale.

L'examen macroscopique de ces lésions montre l'ovaire et la trompe très augmentés de volume, durs, de coloration rouge foncé, parfois violacée et même noirâtre. Un liquide séro-sanguinolent traussude de leur paroi ; c'est l'origine de l'hémorragie que l'on trouve à l'ouverture du sac herniaire. L'ovaire et la trompe sont donc très congestionnés ; à un stade plus avancé de l'évolution, c'est une véritable gangrène de ces organes. Les lésions sont parfois tellement intenses qu'il est difficile de reconnaître les annexes internes. Ce fait a entraîné quelquefois

des erreurs de diagnostic : témoin l'observation de TAILHEFER, de Béziers (Observation XXIV) où l'ovaire a été pris pour un rein dans un sac herniaire.

Si on fait une coupe de la tumeur salpingo-ovarienne, apoplectique, la surface de section montre à l'œil nu une hémorragie diffuse du parenchyme ovarien. Il est impossible de reconnaître la structure macroscopique de l'ovaire ; on reconnaît généralement celle de la trompe grâce à sa partie frangée.

Il existe parfois une thrombose des vaisseaux utéro-ovariens, qui, dans certains cas, remonte assez haut. Ces lésions ont été signalées 3 fois dans nos observations, dont une fois dans l'une des observations de M. le docteur MADIER (Observation LXV) où la thrombose s'étendait déjà sur une longueur de 15 millimètres au moment de l'intervention. La thrombose des vaisseaux utéro-ovariens est importante à connaître et à rechercher au cours des étranglements tubo-ovariens car son existence entraîne une indication thérapeutique particulière, comme nous le verrons ultérieurement au chapitre du traitement.

L'examen histologique des pièces anatomiques montre le plus souvent un ovaire presque méconnaissable. L'épithélium de revêtement a disparu en partie ou même en totalité. Une hémorragie diffuse abondante infiltre tout le tissu conjonctif particulièrement dans la zone médullaire les éléments sont comme disséqués par la présence de sang. La zone corticale est généralement moins atteinte par l'hémorragie. On peut y voir un assez grand nombre de follicules primitifs, bien que beaucoup soient

déformés et que la structure générale soit détruite par le sang.

Des lésions importantes siègent aussi sur la trompe. Son revêtement épithelial n'existe plus, sa cavité est oblitérée. Les vaisseaux sont dilatés, la tunique musculaire est dissociée par l'infiltration hémorragique.

Le ligament large présente aussi des lésions analogues, mais moins importantes cependant que celles de la trompe et de l'ovaire.

PATHOGÉNIE

Etranglement. — La pathogénie de l'étranglement de la trompe et de l'ovaire herniés dans le canal inguinal chez l'enfant n'a qu'un intérêt secondaire ; c'est la même pour toutes les hernies inguinales quelque soit le contenu du sac. L'anneau inguinal profond est l'agent d'étranglement le plus fréquent. Le collet du sac, les brides, appelées anneaux de Ramonède, que l'on trouve parfois à l'intérieur du sac, pourraient, d'après certains auteurs causer l'étranglement. Pour d'autres auteurs, ceci n'est pas admissible ; les tissus étant très souples chez l'enfant, le sac est très extensible et ne peut produire d'étranglement. Le collet du sac pourrait tout au plus provoquer une stase veineuse dans l'ovaire et la trompe en comprimant légèrement la circulation de retour.

Torsion du pédicule tubo-ovarien. — La torsion du pédicule tubo-ovarien a une pathogénie intéressante mais beaucoup plus difficile à étudier que le mécanisme de l'étranglement. Plusieurs théories ont été soutenues pour expliquer le phénomène de la torsion du pédicule dans un sac herniaire.

Théorie de SCHNITZLER. — Un auteur allemand, SCHNIT-

ZIER, a émis l'opinion suivante : L'ovaire est expulsé de la cavité abdominale dans le canal inguinal sous l'influence d'une pression exercée sur cet organe par la paroi et le contenu de l'abdomen. Le canal inguinal est très étroit et ses parois ont une résistance inégale. Sous l'influence de cette inégalité de résistance, l'ovaire, dans son trajet inguinal se tord suivant son axe longitudinal. Il y a analogie entre la torsion de l'ovaire dans sa descente dans le canal inguinal et la rotation de la tête fœtale dans l'excavation pelvienne au moment de l'accouchement.

Cette théorie pourrait, à la rigueur, expliquer la torsion aiguë de l'ovaire au moment de la formation de la hernie, mais elle ne satisfait pas l'esprit quand il s'agit d'une torsion survenant dans une hernie tubo-ovarienne existant depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois. Néanmoins, cette théorie peut expliquer une torsion légère produisant une stase veineuse, laquelle stase est l'origine d'une torsion aiguë et complète suivant le mécanisme que nous allons exposer maintenant.

Théorie de PAYR. — La torsion du pédicule tubo-ovarien se fait sous l'action de causes internes mécaniques, c'est-à-dire par l'intermédiaire du système vasculaire du pédicule. C'est une théorie physique qui est basée sur l'expérience suivante :

Prenons un tube de caoutchouc dans la paroi duquel est fixé longitudinalement un fil de soie inextensible et remplissons ce tube d'eau. Si, au moyen d'un disposi-

tif quelconque, on augmente la pression du liquide dans le tube de caoutchouc, ce tube va se gonfler, ses parois vont se distendre, sauf la partie où est fixé le fil inextensible. Il s'ensuit que les parties qui se distendent se tordent en même temps autour du fil comme axe longitudinal. Ce phénomène s'explique par la loi des différences de tension ; la torsion égalise ces tensions.

Prenons maintenant deux tubes, l'un de caoutchouc, l'autre de matière inextensible, réunis par leurs bords, tangentiellement, suivant leur axe longitudinal. Mettons de l'eau dans chacun de ces tubes et augmentons la pression. Le tube de caoutchouc va se distendre en se tordant autour de l'autre tube, suivant les mêmes lois physiques.

C'est exactement ce qui se passe dans la torsion du pédicule tubo-ovarien. Le tube de caoutchouc, ce sont les veines, très extensibles. Le fil inextensible ou le tube rigide sont constitués par l'artère, qui ne se distend pas facilement, et le tractus conjonctivo-fibreux qui réunit l'artère aux veines. Si la pression veineuse augmente sous l'influence de la stase sanguine causée par une compression (anneau inguinal, collet du sac, bride, compression par un organe, etc.) ou par une torsion légère produite suivant le mécanisme de SCHNITZLER, les veines se dilatent et s'enroulent autour de l'artère et du tissu fibro-conjonctif de soutien comme axe longitudinal.

La théorie de PAYR, qui complète celle de SCHNITZLER, est assez séduisante. Mais, en réalité, nous ne savons pas exactement quel est le mécanisme des phéno-

mènes de torsion du pédicule tubo-ovarien dans un sac herniaire.

TRAITEMENT

Le traitement des complication aiguës des hernies tubo-ovariennes : l'étranglement et le volvulus du pédicule, consiste en une intervention chirurgicale. La technique est celle d'une opération habituelle pour cure radicale de hernie inguinale. L'opération devra être pratiquée le plus tôt possible après le début des accidents, pour que les lésions anatomiques ne soient pas trop intenses et que l'on puisse réduire les organes herniés dans la cavité abdominale. Malheureusement, même en opérant hâtivement, c'est un résultat que l'on n'obtient qu'exceptionnellement. Le plus souvent, l'état de la trompe et de l'ovaire est tel que la réduction risquerait de produire une péritonite et entraîne une résection de ces organes. Dans notre statistique, la réduction de l'ovaire et de la trompe n'a pu être pratiquée que 4 fois, c'est-à-dire un proportion de 6.06 %, tandis que l'ablation de ces organes a dû être faite 59 fois, soit dans 89,4 % des cas. Une fois le protocole opératoire ne figure pas dans l'observation et les deux autres cas étaient le résultat d'une autopsie.

Opérations pratiquées	Résection	Réduction	Indéterminée	Autopsie	Total
Etranglement ..	20	3	0	2	25
Torsion du pédicule	39	1	1	0	41
	—	—	—	—	—
Total	59	4	1	2	66

Avant de pratiquer la résection des annexes, le chirurgien doit explorer attentivement les vaisseaux utéro-ovariens, s'assurer qu'ils ne sont pas le siège d'une thrombose. Nous avons 3 observations où ce fait a été signalé (Observations XLII, LIV et LXV). C'est un point sur lequel notre maître, M. le docteur MADIER insiste beaucoup. Il faut lier les vaisseaux au-dessus du foyer de thrombose avant de les sectionner. Si la ligature portait sur la partie thrombosée, le processus de thrombose pourrait se propager par en haut et entraîner la mort. Nous en avons un exemple dans notre statistique (Observation LXV), où la mort n'ayant été expliquée par aucune autre cause, a été imputée à la thrombose des vaisseaux utéro-ovariens.

Si les mutilations sont malheureusement trop fréquentes, les résultats opératoires sont par contre excellents, malgré le tout jeune âge des opérées. Notre statistique montre 58 guérisons, c'est-à-dire 88 % des cas. Nous n'avons relevé qu'un seul cas de mort le lendemain de l'opération et elle était due précisément, croyons-nous, à une thrombose des vaisseaux utéro-ovariens comme nous venons de le signaler, ce qui nous donne une proportion de 1.5 % de mortalité opératoire. Dans 3 cas, les enfants sont morts d'affection intercurrente, un certain temps après l'opération, alors que la plaie était complètement cicatrisée. Deux observations ont trait à des autopsies et 5 fois le résultat opératoire n'est pas indiqué.

En examinant l'ensemble de nos observations, on est frappé, d'une part, de la gravité des lésions d'étranglement et de torsion du pédicule tubo-ovarien qui nécessitent souvent la résection des annexes correspondantes et,

d'autre part, de la bénignité de l'intervention chirurgicale. De ces constatations nous pouvons tirer des conclusions pratiques. Les hernies de l'ovaire doivent être opérées dès qu'elles sont diagnostiquées sans attendre les complications que nous venons d'étudier. Et si le médecin se trouve en présence de hernie irréductible ou de kyste du canal de N ck, cas où le diagnostic est souvent difficile à faire avec la hernie de l'ovaire, il doit conseiller l'intervention immédiate puisqu'elle est rapide et ne présente aucun caractère de gravité chez l'enfant.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Hernie inguinale congénitale formée par l'ovaire

BILLARD. — *Traité des maladies de l'enfance*, Paris, 1837.

Joséphine R..., âgée de 17 jours, entre le 12 septembre à l'infirmerie. Elle est forte et paraît douée d'une assez bonne constitution ; son ventre est légèrement tendu ; il existe, à la région inguinale gauche, une tumeur arrondie, grosse comme une aveline, un peu dure au toucher, ne pouvant rentrer dans l'abdomen par le taxis, ne diminuant pas par la pression et n'augmentant pas par les cris de l'enfant. Elle se dirigeait obliquement vers la grande lèvre du même côté, mais n'arrivait pas encore jusqu'à elle. En considérant la situation de cette tumeur, on pouvait être porté à croire qu'elle était formée par une hernie inguinale congénitale ; mais le sexe de l'enfant ne nous permettait pas d'admettre cette hypothèse. Nous laissâmes donc notre diagnostic dans la suspension que commande le doute, lorsque, au bout de 26 jours, la mort de l'enfant causée par une pneumonie, nous permit de nous éclairer par la dissection sur la nature et la cause de cette tumeur.

A l'autopsie, on trouva que la tumeur herniaire était formée par l'ovaire gauche descendu par le canal et l'anneau inguinal qui étaient beaucoup plus large qu'ils n'ont coutume de l'être chez la petite fille. La matrice, attirée par son ligament rond et par l'ovaire qui faisait hernie, était déviée

de sa position naturelle et s'inclinait vers le côté gauche de la vessie ; l'ovaire et le pavillon de la trompe, un peu rouges et un peu tuméfiés, étaient logés librement au fond du sac formé par un prolongement du péritoire avec la cavité duquel il communiquait. Il n'y avait point de circonvolutions intestinales adhérentes aux parties voisines, et l'ovaire du côté opposé était dans sa situation habituelle.

Le ligament rond de l'utérus du côté où existait la hernie est plus court et plus fort que l'autre. Était-il la cause de la déviation de la matrice ?

OBSERVATION II

Un cas de hernie inguinale congénitale renfermant la trompe de Fallope.

SCHOLLER. — *Gazette médicale de Paris*, 1840, VIII, p. 509.

Une petite fille, née d'une primipare de 21 ans et pesant 4 kgs 1/2, se portait bien jusqu'au dix-neuvième jour. Le lendemain elle refusa le sein, respira difficilement ; le bas-ventre était tuméfié et douloureux ; vomissements de matières vertes ; langue rouge aux bords, sèche ; traits tirés. (4 sangsues ; calomel). Au soir, convulsions, surtout contractions périodiques de la mâchoire. Mort pendant la nuit.

Autopsie. — Le crâne ne fut pas ouvert ; organes de la respiration sains ; bas-ventre distendu par une exsudation de sérosité jaunâtre ; tout le péritoire enflammé ; veines de l'ombilic et du foie épaissies et remplies de pus ; pancréas cartilagineux, rate bleuâtre, reins riches en sang, renfermant dans les calices et le bassinnet une quantité considérable de petits cristaux de couleur orange, et disposés par couches régulièrement convergentes, particularité fréquemment observée chez des enfants qui ont succombé à des inflam-

mations très aiguës. A droite, il y avait une hernie inguinale, la tumeur s'avancait jusqu'à la grande lèvre et contenait la trompe de Fallope, qui était rouge et tuméfiée, mais nullement adhérente. Le ligament rond du même côté était plus court que l'autre ; l'utérus était un peu déplacé et son axe n'était pas parallèle à celui du corps.

OBSERVATION III

Hernie étranglée chez une petite fille de 7 mois. Opération suivie de succès. Mort par entérite survenue après la sortie de l'hôpital.

PANAS. — *Gazette des Hôpitaux*, 1868, p. 135.

Marg. M..., âgée de 7 mois, bien développée. Deux mois auparavant, sa mère aperçut au niveau et un peu au-dessus de la grande lèvre droite une petite tumeur. A la consultation de l'hôpital Sainte-Eugénie, on en fit facilement la réduction, et cette tumeur s'étant reproduite depuis lors à plusieurs reprises, la mère la réduisit elle-même chaque fois. La réduction se faisait toujours facilement, et la mère ne se rappelle pas, dans ces circonstances, avoir jamais perçu de sensation que l'on puisse rapporter à un gargouillement ; elle dit que cette tumeur n'avait jamais dépassé le volume d'une petite noisette et qu'elle percevait au toucher une consistance assez ferme. L'enfant n'a jamais porté de bandage et n'a pas eu d'accident.

Le 28 juillet. — La tumeur s'étant reproduite, la mère ne peut parvenir à la réduire. Peu après, des vomissements porracés, verdâtres, se reproduisirent fréquemment ; aucune selle. Le 29, au soir, on fit à Saint-Antoine une nouvelle tentative de taxis infructueuse. A 9 heures, on fit sous le chloroforme une troisième tentative inutile. A ce moment l'enfant paraissait très affaiblie, elle avait le facies abdomi-

nal, les traits grippés ; pas de selles ; vomissements féca-loïdes, pouls petit, serré fréquent,

Tumeur. — La grande lèvre droite, à sa partie supérieure, paraît notablement plus volumineuse que celle du côté opposé. Elle présente une intumescence régulièrement arrondie, de la consistance d'une noix dure, rénitente, irréductible.

A 11 h. 1/2, M. PANAS intervient. Incision au niveau du point le plus saillant de la tumeur. Le sac se présente sous une forme arrondie de 3 centimètres de diamètre environ, coloration d'un rouge brun, surface lisse, tellement qu'on aurait pu se croire en présence de l'intestin.

A la palpation, sensation molle d'une anse intestinale et, à côté d'elle, un corps dur ayant la forme et le volume d'une petite aveline.

Ouvert, le sac vide de tout liquide, montre, outre une anse intestinale de 3 à 4 centimètres, d'un rouge brun, un repli péritonéal qui n'est autre que le ligament large du côté droit avec la trompe et l'ovaire du même côté. Ce dernier, d'une coloration jaunâtre caractéristique, constituait le corps dur que l'on sentait à travers ses enveloppes. La hernie s'était faite à travers l'orifice inguinal supérieur. Le péritoine ne paraît point former de collet à ce niveau, l'étranglement aurait été produit par l'orifice aponévrotique lui-même. On débride l'anneau, et on fait la réduction.

La surface interne du sac est normale, sans adhérences ni fausses-membranes. La plaie cicatrice après une suppuration de quelques jours.

Après la sortie de l'hôpital, l'enfant est prise de diarrhée et d'un épuisement dont les progrès ont bientôt entraîné la mort.

OBSERVATION IV

Un cas de hernie ovarique inguinale

LENTZ. — *Gazette Médicale de Strasbourg*, 1881, X, p. 97.

Le 28 mars 1881, on amène à la consultation de M. le Professeur BOECKEL, à la salle 34 de l'hôpital civil, une petite fille de 6 mois, orpheline, élevée au biberon par sa tante, qui nous donne, au sujet de sa maladie, les renseignements suivants :

A l'âge de 3 mois, elle avait constaté chez la petite malade une tumeur grosse comme une noix au niveau de la région inguinale gauche ; elle alla consulter aussitôt un médecin de la ville qui réduisit la tumeur dans le ventre et ordonna l'application d'un bandage herniaire, que l'enfant d'ailleurs n'a jamais porté. Il y a 15 jours, la tumeur qui, jusqu'à ce jour, ne s'était plus montrée, reparait de nouveau, mais cette fois elle résiste à toutes les tentatives de taxis, quoique ce dernier avait été essayé avec beaucoup de persévérance et de soins. L'enfant criait nuit et jour, maigrissait à vue d'œil, vomissait fréquemment ; il n'y avait cependant pas d'absence de selles ; quoique ces dernières fussent un peu dures et irrégulières.

Nous constatons chez la petite malade l'état actuel suivant : dans l'aîne gauche on aperçoit une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, la peau qui recouvre la tumeur est rouge, enflammée ; la tumeur elle-même est assez dure, rénitente, très douloureuse à la pression ; elle n'est pas réductible et correspond par son siège à l'orifice externe du canal inguinal ; l'arcade pubienne la délimite de la région crurale. Ajoutons que l'enfant a vomi des matières porracées dans la journée et qu'elle avait eu une selle la veille.

D'après tous ces symptômes, notre éminent maître diagnostique la hernie de l'ovaire, se basant sur la fréquence relative des hernies ovariques inguinales chez les enfants,

d'une part, et, prenant en considération, d'autre part, le fait que l'enfant a eu des selles pendant toute la durée des symptômes d'étranglement. Les vomissements s'expliquent par une action réflexe, prenant son point de départ de l'ovaire étranglé. La rougeur de la peau est le résultat d'une inflammation probable du sac, due certainement aux efforts de taxis faits par le confrère traitant. L'indication pour le traitement est très nette : il s'agit de réduire ou bien d'exciser, le cas échéant, l'ovaire hernié ; une opération est urgente et est exécutée sur le champ, en présence de MM. les docteurs WILLEMIN, de Vichy ; J. BOECKEL, de Strasbourg, et avec l'assistance des docteurs FREY et LENTZ, internes du service. M. KALTENTHALER administre le chloroforme. La région est lavée préalablement à l'acide phénique. L'opérateur alors fait une incision longitudinale de 6 centimètres suivant le plus grand diamètre de la tumeur. Après avoir divisé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, on voit paraître une tumeur noirâtre, du volume d'un œuf de pigeon, qui n'est autre chose que le sac herniaire, qui incisé, déverse quelques gouttes de liquide incolore sur la plaie. Les deux lèvres du sac herniaire écartées au moyen de crochets aigus, on voit au niveau de l'orifice externe du canal inguinal une tumeur du volume d'une petite prune, d'une couleur rouge foncée, très fortement congestionnée, ayant assez la forme d'un rein de lapin, se continuant à travers le collet du sac par un pédicule fortement serré dans la cavité abdominale par le canal inguinal. Le pédicule est tellement serré qu'il est impossible d'introduire une sonde ou un bistouri de Cooper par le collet. Cette tumeur est reconnue pour être l'ovaire surtout quand, après un examen plus approfondi, on peut constater qu'elle était flanquée d'un morceau de trompe de 1 cm. 1/2, se terminant dans le pavillon facile à reconnaître.

Les indications thérapeutiques, en pareille occurrence, étaient nettement définies. La réduction n'eût été possible qu'au moyen d'un large débridement, ce qui eût donné une fâcheuse complication ; mais ce n'était pas même là le dan-

ger le plus grave, ce dernier était inévitablement provoqué par l'inflammation du péritoine qui recouvrait la trompe et le ligament large ainsi qu'une partie de l'ovaire. On avait donc à craindre le péritoine d'autant plus sûrement, qu'en pareille région un pansement antiseptique chez un enfant est une chose excessivement difficile, sinon impossible.

M. BOECKEL se décida donc à enlever les parties herniées; il jeta sur le pédicule, ou la trompe de Fallope avec le ligament large, une ligature en fil de soie, et sectionna en avant l'ovaire ainsi qu'un centimètre et demi de trompe. La plaie ensuite est soigneusement désinfectée, aucune réunion n'est tentée; pansement occlusif antiseptique, d'après BOECKEL, avec mousseline mouillée. Un nouvel examen de la tumeur démontre l'exactitude en tout point du diagnostic.

Suites opératoires bonnes. Le 20 avril, la plaie est fermée. Le 27 avril, la malade est complètement guérie.

OBSERVATION V

Hernie étranglée de l'ovaire chez une enfant de 3 mois.

POLLARD (B.). — *The Lancet*, 1889, II, p. 165.

Cité par Océ, in Thèse de Paris, 1899-1900.

Le 30 mars 1889, une petite fille de 3 mois était admise dans mon service à l'hôpital de North-Eastern. Depuis un mois sa mère avait remarqué, au niveau de l'aîne, une tumeur qui n'était pas constante et avait à chaque apparition des dimensions différentes.

Le 19 mars, on avait ordonné un bandage qui fut appliqué le 20. On avait alors supposé la hernie réduite. Le 27, le bandage fut enlevé pour permettre de nettoyer l'enfant, et on trouva alors une tumeur irréductible au pli de l'aîne droite. De ce fait la petite malade fut envoyée à l'hôpital par le médecin de la famille.

Vomissements assez fréquents depuis le 27, mais dans la matinée du 30 il y eut une selle.

Au moment de l'admission, on trouve à l'anneau externe du canal inguinal droit une tumeur un peu plus grosse qu'un œuf de pigeon, qui distendait la partie supérieure de la grande lèvre du même côté.

A ce niveau, peau rouge et chaude, rénitence et fluctuation légère, son mat à la percussion; en somme tous les caractères d'un abcès.

D'après l'histoire de la maladie et les derniers symptômes qui excluaient l'idée d'un étranglement de l'intestin, je pensai à une hernie étranglée de l'ovaire.

Opération. — Les téguments sont oedématisés et agglutinés ensemble. Il s'échappe un peu de liquide rouge teinté de sang. Dans le sac on trouve l'ovaire et la portion frangée de la trompe de Fallope très enflammée, de couleur noirâtre, et fixés par des adhérences. On ne pouvait songer à les rentrer dans l'abdomen, donc ligature du pédicule et excision. Il fallut élargir légèrement l'anneau externe pour réduire le collet du sac que des exsudats inflammatoires avaient rendu fortement adhérent.

Suture des piliers et fermeture de la plaie sans drainage. Légère ascension thermique le soir de l'opération et le cinquième jour sans cause appréciable.

Au bout de 18 jours la guérison est complète.

OBSERVATION VI

Hernie inguinale gauche étranglée chez une enfant de 4 mois

MANEGA. — *La Riforma Medica*, 1894.

Cité par OGÉ, in Thèse de Paris, 1899-1900.

Enfant de 4 mois issue de parents sains, amenée le 11 octobre 1893. D'après la mère, est apparue depuis quatre

jours seulement dans l'aîne gauche une tumeur de la grosseur d'une noix, dure, douloureuse, irréductible. Augmentation progressive de la tumeur, cris continus ; ni vomissements ni arrêt des matières. Actuellement la peau est rouge et oedémateuse, mais on ne trouve pas de fluctuation ni de gargouillement. Température 38°.

Diagnostic de hernie épiploïque enflammée. Glace in-situ et de nouveau tentative infructueuse de réduction. On se décide alors à intervenir chirurgicalement.

Dans le sac on trouve un ovaire enflammé et une trompe adhérente à la paroi inférieure. Excision ; guérison le 11^e jour.

L'ovaire excisé pesait deux grammes et l'examen microscopique fit constater une hémorragie poreuchymateuse.

OBSERVATION VII

Hernie de l'ovaire chez un enfant avec torsion du pédicule.

Lockwood (C.-B.). — *The British Medical Journal*, 1895, II, p. 716.

L'enfant fut amené à l'hôpital avec une tumeur ovoïde de 3 pouces de long dans la région inguinale droite, ayant les symptômes locaux d'une hernie inguinale étranglée et enflammée. Une incision sur le trajet du canal inguinal montra une poche rouge bleuâtre avec une paroi épaisse de 1/8 de pouce. Quand cette poche fut ouverte, on vit apparaître l'ovaire, rempli de sang et l'extrémité de la trompe de Fallope sérieusement gorgée de sang. A environ 3/4 de pouce de l'anneau inguinal interne, le pédicule avait fait un demi-tour sur lui-même, produisant ainsi l'engorgement vasculaire ; quand l'ovaire fut sorti du sac, la torsion du pédicule disparut. Le pédicule fut transfixié et ligaturé, l'ovaire et la trompe furent réséqués, le sac fut excisé, le moignon fut

fixé aux muscles oblique interne et transverse, et le canal inguinal suturé ; la guérison se fit progressivement.

OBSERVATION VIII

Hernie inguinale de l'ovaire.

MUMBY (L. P.). — *The British Medical Journal*, 1896, I, p. 17.

Cité par M^{lle} PETITJEAN, in Thèse de Paris, 1909-1910.

Une enfant hindoue, KALLOO, âgée de 3 ou 4 ans, fut admise à l'hôpital au commencement d'août 1895, avec une grosseur ovale dans l'aîne droite. C'était une hernie de l'intestin accompagnée d'une hernie de l'ovaire. L'intestin était réductible, mais l'ovaire ne pouvait retourner dans la cavité abdominale par taxis. Une incision fut pratiquée et le sac disséqué. A travers de minces parois on apercevait l'ovaire d'une teinte pourpre. Une légère torsion du pédicule pouvait avoir existé comme dans le cas de Lockwood publié par *The British Medical Journal*, du 21 septembre 1895. La congestion qui en résultait empêcha la réduction jusqu'à ce qu'on eût élargi au bistouri l'anneau inguinal. Le sac fut alors tordu 3 fois sur lui-même, repoussé derrière les muscles oblique et transverse, dont le péritoine pariétal avait été séparé, et fixé là. L'enfant eut une convalescence excellente, et maintenant, après 3 mois, court sans aucun appareil de contention. Le résultat est parfait, il n'y eut aucun accident quoiqu'elle ne pût pas garder le lit après le deuxième jour.

OBSERVATION IX

Un cas de hernie de l'ovaire chez une enfant avec torsion du pédicule.

LOCKWOOD (C. B.). — *The British Medical Journal*, 1896, 1, p. 1442.

Cité par M^{lle} PETITJEAN, in Thèse de Paris, 1909-1910.

E. E. S., était un bébé de 6 mois, gras et plein de santé. Le 27 juillet, elle refusa le sein, fut encore malade le 28, et le 29 sa mère remarqua pour la première fois une grosseur dans la région inguinale droite. Cette grosseur était tendue, mais disparaissait sous un peu de pression. Le 30 juillet, l'enfant dormit tranquillement jusqu'au soir, quand la grosseur revint, plus forte qu'auparavant et plus rouge.

Rien ne fut tenté et l'on apporta l'enfant à l'hôpital. Elle avait à la région inguinale droite une tumeur ovale, d'environ 3 pouces de long sur 1 pouce 1/2 de large. La partie supérieure aboutissait à l'anneau inguinal interne, et sa partie inférieure était perdue dans la grande lèvre droite enflammée et enflée. La peau, au sommet, était aussi rouge et enflammée. La peau était tendue et sans pulsations. Son volume ne changeait pas quand l'enfant criait, mais il augmenta graduellement jusqu'à l'opération. Les caractères locaux de cette tumeur étaient ceux d'une hernie inguinale enflammée et étranglée. Cette supposition était possible, étant donné la constipation de l'enfant qui durait depuis le 28 juillet et les vomissements qu'elle avait eus. Mais après son admission à l'hôpital, la flatulence avait disparu et un examen rectal fut suivi d'une selle copieuse. On pensa alors qu'une opération n'était pas urgente.

Mais comme l'enflure ne diminuait pas, et que l'enfant souffrait beaucoup, je tentai une opération exploratrice le 2 août.

Le chloroforme ayant été donné, une incision le long du

canal inguinal découvrit une paroi kystique d'un rouge bleuâtre ayant près d'un demi-pouce d'épaisseur. Elle était distendue par environ deux drachmes d'un liquide brun sombre, grumeleux. Quand le sac fut ouvert, une masse ovoïde comme une petite prune apparut et fut prise un moment par un cœcum étranglé. Mais la partie frangée de la trompe de Fallope, profondément engorgée, fut aperçue au-dessous de cette tumeur qu'on reconnut alors pour un ovaire plein de sang. L'ovaire, la trompe et le ligament large se trouvaient libre dans le sac. A environ $\frac{3}{4}$ de pouce de l'anneau inguinal interne leur pédicule avait fait un demi-tour sur lui-même. Cette torsion était la cause de l'engorgement vasculaire de l'ovaire, de la trompe, et du ligament large, parce que la partie de la trompe située entre la torsion et l'anneau interne n'était pas reserrée et semblait incapable de comprimer son contenu. Quand l'ovaire fut enlevé du sac, la torsion disparut.

L'ovaire et la trompe étaient trop clairement endommagés pour être replacés dans l'abdomen, c'est pourquoi ils furent sacrifiés après ligature de leur pédicule. Le sac fut ensuite enlevé et son tronçon fixé au-dessous des muscles oblique et transverse. On ferma le canal inguinal, et la plaie fut suturée de la manière habituelle avec du catgut.

L'enfant fit une convalescence sans interruption, et le 10 août, le pansement fut enlevé.

La pièce anatomique montre simplement l'engorgement considérable de l'ovaire, de la trompe et du ligament large par du sang. La torsion ne peut pas être vue parce qu'elle disparut quand le pédicule fut divisé.

OBSERVATION X

Torsion du pédicule ovarien dans le sac herniaire

ORVEN (Ed.) — *The Lancet*, 1896, I, p. 765.

Cité par M^{me} PETITJEAN, in Thèse de Paris, 1909-1910.

Le 28 janvier, une fillette de 11 semaines fut envoyée d'urgence à l'hôpital par M. le docteur Nix, de Weymonthstreet, à cause d'une tumeur dure et sensible qu'elle présentait à la grande lèvre droite. Elle avait été parfaitement bien jusqu'au 26, c'est-à-dire jusqu'à deux jours auparavant, quand elle vomit deux ou trois fois après avoir pris de la nourriture.

Le jour suivant, le 27, elle fut irritable et vomit à plusieurs reprises. Et ce jour, pour la première fois, sa mère remarqua une enflure douloureuse de l'aîne, qui s'étendait graduellement en largeur et en sensibilité. L'enfant n'avait pas été constipée. Les vomissements furent dits bilieux. Quand l'enfant fut admise à l'hôpital, elle était extraordinairement tranquille, mais paraissait en bonne santé. L'expression de sa physionomie était paisible.

Une petite tumeur tendue se voyait sur la grande lèvre droite et se continuait dans le canal inguinal en forme de corde. Elle était plutôt sensible, irréductible, mate à la percussion, et dépourvue de pulsations quand l'enfant criait. L'abdomen était souple et respirait librement. Comme l'enfant se trouvait dans de bonnes conditions, on différa l'opération jusqu'au lendemain, à l'heure de la visite régulière. Pendant la nuit, elle vomit plusieurs fois et eut une légère diarrhée.

Le matin du 29, on lui donna le chloroforme, et l'on fit

une opération d'abord exploratrice, car la nature de la tumeur n'était pas suffisamment déterminée. Une incision au bas de l'enflure dégagea à peu près deux drachmes de liquide sanguinolent qui entourait une grosseur très congestionnée et lobulée dans un sac herniaire. Cette grosseur était à peu près du volume d'un fort noyau de pêche. A un deuxième examen, on reconnut un ovaire engorgé. Le pédicule formé du ligament large contenant la trompe de Fallope et les vaisseaux ovariens étaient enroulés dans le sens opposé à celui d'une vis.

De la torsion, le pédicule s'étendait à l'utérus dont une petite partie était entraînée et apparaissait à l'anneau inguinal interne. Le pédicule fut lié juste au-dessous de la torsion et remis en place dans l'abdomen, l'ovaire enlevé. On fit une suture à la soie et des pansements secs. L'enfant eut une rapide convalescence et fut tout à fait guérie le 7 février.

Les parties enlevées étaient constituées par l'ovaire, la trompe de Fallope et le parovarium, l'ovaire formant à lui seul les deux tiers de la masse. Tous ces organes sont d'une teinte noirâtre, pleins de sang, et, considérant l'âge de la malade, rendus plus volumineux par la congestion et l'œdème. Le corps de l'ovaire présente une apparence lobulée, due à une légère constriction entre les deux tiers externes et le tiers interne.

La trompe de Fallope, courant le long de la partie supérieure de cette pièce, se termine extérieurement par une extrémité bien marquée, œdémateuse et frangée, sa partie interne constituait une partie du pédicule divisé. Le parovarium, situé entre la trompe de Fallope et le corps de l'ovaire, se termine dans le pédicule divisé.

Par sa forme et son contour, à cause de l'extrémité frangée de la trompe, la pièce enlevée ressemble de très près à un testicule avec l'épididyme.

OBSERVATION XI

Un cas de hernie de l'ovaire droit avec enroulement du pédicule. Opération. Guérison

MORGAN (J.-H.). — *The Lancet*, 1897, I, p. 1340.

Cité par M^{re} PETITJEAN, in Thèse de Paris, 1909-1910.

Une enfant, âgée de 8 mois, fut admise à l'hôpital le 9 mai 1897 avec une grosseur dans l'aîne droite. Il n'y avait rien de ce genre dans son hérédité, mais à noter qu'un frère était mort d'une hernie étranglée.

L'enfant avait toujours été délicate, et, depuis quelque temps, on avait observé une petite enflure dans l'aîne droite. Quatre jours avant son admission à l'hôpital, cette enflure subit une grande augmentation de volume. La peau au-dessus devint rouge, et les parties douloureuses. L'enfant criait constamment et levait sa jambe droite. Elle eut des convulsions à deux reprises, mais pas de vomissements. Ses selles étaient régulières. Un médecin consulté conseilla de la porter à l'hôpital. Au moment de son admission, l'enfant parut en bon état. Sa température était normale. Sur le côté droit de l'extrémité supérieure du Mont de Vénus, s'étendant à l'anneau abdominal externe, il y avait une tuméfaction ronde, à demi élastique, non fluctuante, ne changeant pas de volume quand l'enfant criait. En essayant de sentir la fluctuation, on provoqua de la douleur, et la pression sur la peau produisit un léger godet. L'enfant était très grasse. Mais dans un second examen, on put sentir un corps indistinct, arrondi et irréductible, à peu près de la grosseur d'une cerise, libre, et n'ayant, semble-t-il, aucune connexion avec l'abdomen.

Les intestins étaient libres. Elle resta dans les mêmes conditions jusqu'au 12, jour où M. MORGAN décida de l'opé-

rer. Ayant fait une incision oblique sur la tumeur, il trouva un sac, aux parois minces, qui contenait un peu de liquide sombre. Une petite incision permit l'écoulement d'un drachme environ de liquide sanguinolent, laissant apparaître un corps lisse, arrondi, couleur de pruneau, à peu près de la grosseur et de la forme d'une petite prune; attaché à la partie supérieure de ce corps, qui, à une inspection plus attentive, fut reconnu pour l'ovaire, se trouvait un mince pédicule ayant fait sur lui-même deux tours et demi. Ce pédicule était constitué par la trompe et le ligament large; au-dessus, les repoussant vers l'extérieur, le fond de l'utérus entraînait dans l'anneau.

La partie du pédicule enroulée presque à son point d'attache avec l'utérus était dans un état de congestion égal à celui de l'ovaire. Une ligature de soie fine fut passée autour du pédicule, au-dessus de la partie congestionnée, et l'ovaire et le pédicule coupés, l'utérus remis dans l'abdomen. Une suture fut passée à travers l'anneau inguinal externe et la plaie fermée. L'enfant fut complètement guérie le 24 mars sans incidents.

OBSERVATION XII

Hernie de l'ovaire avec torsion du pédicule chez une enfant

MAASS. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1898, XXXV, p. 776.

Traduction par BAROZZI (J.), in *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1899, III, p. 192.

Il s'agit d'une fillette âgée de 10 mois et offrant depuis 48 heures tous les signes de l'étranglement herniaire : vomissements, arrêt des selles, abattement extrême ; enfin pré-

sence dans la région inguinale droite d'une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, très douloureuse à la palpation. La mère affirmait avoir remarqué l'existence de cette tumeur dès les premiers jours de la naissance.

M. MAASS prescrivit d'abord des lavements répétés qui provoquèrent rapidement, en abondance, des fèces d'aspect normal et de formation récente. Cependant l'état général restant mauvais et les vomissements persistant toujours, on écarta la possibilité d'une stricture intestinale pour admettre celle d'une incarceration de l'ovaire.

L'intervention chirurgicale s'imposait donc. Après incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, on tomba sur un sac très mince renfermant un peu d'eau et une masse fortement congestionnée constituée par l'ovaire, la trompe et une partie du ligament large droit; ce paquet se prolongeait du côté de l'abdomen par un pédicule étroit et plusieurs fois tordu sur lui-même. La vitalité de ces organes parut à l'auteur tellement compromise qu'il n'hésita pas à en pratiquer l'ablation. Cette fillette a guéri sans incidents.

M. MAASS, s'appuyant sur la présence simultanée, dans le sac de l'ovaire, de la trompe et des deux ailerons du ligament large, se croit en droit d'affirmer qu'il s'agit là d'une hernie congénitale.

OBSERVATION XIII

Un cas de hernie de l'ovaire chez un enfant de sept mois

MAY (E.-H.) et BELBIN (H.-A.) — *The British Medical Journal*, 1898, I, p. 1389.

Le 10 octobre 1897, E. M. L., une petite fille de sept mois, fut amenée à l'hôpital avec une tumeur dans l'aîne gauche. L'histoire de la maladie nous apprenait que depuis deux jours l'enfant avait été de très mauvaise humeur et n'était pas entrain; elle n'avait pas bien pris le sein, n'avait pas eu

de selles depuis deux jours et elle avait vomi deux fois le jour même de son entrée à l'hôpital. La mère remarqua la tumeur pour la première fois en faisant la toilette de l'enfant la nuit précédente. Le lendemain matin, la tumeur était beaucoup plus grosse.

A l'examen, je trouvai une tumeur dans l'aîne gauche, s'étendant de l'anneau inguinal interne à la grande lèvre; la tumeur était douloureuse à la palpation, très tendue, irréductible, mate à la percussion, non translucide, et ne donnant pas d'impulsion ni d'augmentation de volume sous l'influence des cris de l'enfant. La peau, au niveau de la tumeur, était déjà rouge et tendue à la palpation. Le diagnostic de hernie inguinale étranglée fut posé et, considérant les vomissements et les signes fournis par la palpation, l'opération paraissait s'imposer d'urgence.

M. MAY décida d'opérer immédiatement. On fit une incision sur le grand axe de la tumeur dans toute sa longueur et le sac péritonéal fut ensuite incisé. A l'ouverture du sac, il s'écoula un peu de liquide teinté de sang et on vit apparaître une masse pourpre foncé ressemblant à une prune de Damas. Ceci faisait penser, à première vue, à une anse intestinale gangrenée; mais, en regardant plus loin, on voyait l'extrémité frangée de la trompe de Fallope apparaître à la partie inférieure de la masse, ce qui faisait connaître exactement la nature de ce cas. Le pédicule avait fait un double nœud ou repli. Les replis étaient légèrement adhérents entre eux, grâce à des exsudats inflammatoires; ils furent dépliés lorsque l'ovaire fut sorti hors du sac. L'ovaire était très infiltré de sang; quand il fut incisé, le sang jaillit et on vit alors de nombreux follicules distendus. L'extrémité frangée de la trompe de Fallope était noire et augmentée de volume à cause de la congestion dont elle était le siège. il n'y avait ni compression, ni constriction du pédicule à l'anneau inguinal, la congestion étant probablement entièrement due à la torsion que nous avons décrite. Le pédicule fut ligaturé aussi haut que possible, et, après résection, l'extrémité interne de la trompe fut replacée dans l'abdomen. Le

sac et le canal furent traités comme dans une cure radicale ordinaire. On sutura l'incision cutanée au catgut et la plaie pansée à la gaze stérilisée et au collodion.

L'enfant, par la suite, ne nous a causé aucun ennui. Le sixième jour, le pansement fut refait, la plaie était complètement cicatrisée. L'enfant était guérie le septième jour.

OBSERVATION XIV

*Hernie inguinale droite étranglée de l'ovaire et de la trompe
chez une enfant de 14 semaines*

HERMANN (J.). — *Inaugural Dissertation*, Kiel, 1899.

Il s'agit d'une petite fille de 14 semaines, fille de charpentier, née de parents bien portants. A la naissance et pendant l'allaitement, rien d'anormal à signaler. Pendant les quinze jours qui précédèrent l'entrée à l'hôpital, l'enfant eut quelques petits accès de toux. Le matin de l'entrée, la mère remarqua dans la région inguinale droite une tumeur dure, douloureuse à la pression. Dans la journée, l'enfant prit deux tétées. La première fut rejetée sous forme de lait pur. La deuxième fut gardée. La veille de l'admission à l'hôpital, l'enfant pleurait plus que le jour même de son entrée, et elle eut une selle dans la soirée.

Examen. — L'enfant est en bon état de nutrition. Dans la région inguinale droite, on voit une tumeur de la grosseur d'une noix, s'étendant jusque dans la région pubienne.

A la palpation, on sent une tumeur dure, de la même grosseur, très douloureuse. A la palpation attentive, on constate que la tumeur se prolonge par un pédicule vers la cavité abdominale et est située au-dessus de l'arcade de Fallope.

L'état général est bon. Les traits ne sont pas tirés. Le poulx est assez bien frappé.

On fait le diagnostic de hernie inguinale droite étranglée.

Le même jour, à 7 heures du soir, l'opération fut pratiquée après infiltration au mélange de Schleich. Pendant la désinfection du champ opératoire, il y eut émission de deux gaz sous l'influence de la pression causée par les pleurs et les cris de l'enfant.

On ouvre le sac herniaire; il s'écoule un liquide teinté de sang et on voit apparaître un organe de couleur plus noir et de surface lisse. A côté de lui, on constate la présence d'un cordon de la grosseur d'une plume d'oie, rouge foncé, qui se termine dans le voisinage de l'organe précité par des dentelures irrégulières. (C'est la trompe, les franges et l'ovaire).

Comme l'ovaire est bleu noir et risque de devenir gangréneux, s'il ne l'est déjà, on lie la trompe au catgut; on élargit l'anneau inguinal; on résèque trompe et ovaire, et on réduit le pédicule.

Le sac et l'orifice herniaires sont fermés au catgut. Tampon sur l'orifice herniaire. On suture les bords de la plaie. Pansement à la gaze stérilisée. Sparadrap.

Dans la nuit du 22 au 23, l'enfant eut un vomissement et une selle blanc jaunâtre.

Le 24, on change le pansement. Les bords de la plaie sont légèrement enflammés. La plaie elle-même a bon aspect. L'état général de l'enfant est satisfaisant.

Le 26, on enlève les crins. Les orifices de sutures suppurent légèrement. Un excellent état général persiste. Le 28, la plaie suppure très peu.

L'enfant sort de l'hôpital 10 jours après son entrée.

OBSERVATION XV

*Hernie irréductible de la trompe de Fallope et de l'ovaire
chez une enfant. Opération. Guérison*

PINKERTON (J.) et PITT-TAYLOR (F.-S.). — *The British Medical Journal*, 1899, II, p. 853.

W. H., âgée de 16 mois, fut amenée à l'hôpital le 27 mars 1899, avec une tumeur à la partie supérieure de la grande lèvre gauche. Sa mère dit que cette tumeur apparut six mois auparavant, à la suite de cris répétés de l'enfant, et qu'elle put la réduire pendant une période de trois mois seulement au bout de laquelle la tumeur devint irréductible. Depuis lors, la tumeur a augmenté progressivement de volume et est devenue très tendue. La semaine précédant l'admission, l'enfant avait crié continuellement. La tumeur, le jour de l'admission, avait le volume d'une noix, était dure, non fluctuante, tendue, et s'étendait jusqu'à l'anneau inguinal externe. Toutes tentatives de réduction de la hernie étant infructueuses, le 3 avril, on anesthésia l'enfant au chloroforme. La réduction fut tentée de nouveau sans succès; alors on pratiqua une incision à la partie supérieure de la tumeur. A l'ouverture du sac, on aperçut le contenu: la trompe de Fallope gauche, très distendue, et, en la suivant jusqu'à sa partie supérieure, elle se rétrécissait progressivement jusqu'au collet du sac où sa circonférence n'était pas plus grande que celle d'un crayon ordinaire. Un fil de catgut fut placé sur la trompe à ce point, et la trompe sectionnée près de la ligature du côté distal. L'extrémité proximale, contenant la ligature, fut réduite dans l'abdomen à travers l'orifice si petit qu'il fut jugé inutile de faire une suture pour l'oblitérer. La plaie fut suturée au fil de soie et recouverte d'un pansement.

En faisant une coupe de la pièce enlevée, on voit que cette masse était la trompe de Fallope remplie d'une matière caséeuse et dont les parois étaient gélatineuses et présentaient macroscopiquement l'aspect d'une salpingite tuberculeuse. L'ovaire gauche était intimement adhérent à la paroi de la trompe, mais cependant il était sain. La plaie cutanée cicatrisa par première intention, et les fils furent enlevés le cinquième jour. La guérison fut interrompue une semaine plus tard par un petit abcès profond qui se forma et s'ouvrit à la paroi, laissant une légère induration des tissus voisins qui, d'ailleurs, disparut rapidement. Une différence très

marquée dans l'état général de l'enfant s'observa après l'opération, l'irritabilité et la mauvaise humeur avaient disparu.

OBSERVATION XVI

Hernie inguinale de la trompe et de l'ovaire droits avec torsion du pédicule chez une enfant de 2 mois

CAHEN (F.). — *Muencheuer Medizinische Wochenschrift*, 1900, XLVII, p. 1325.

Une petite fille de 2 mois, jusque-là bien portante, devient malade, se met à vomir le 21 juillet 1899. La mère a aperçu, à ce moment-là, une tuméfaction dans la région inguinale droite, qui a augmenté progressivement de volume. Les selles sont normales. L'enfant prend bien le sein régulièrement. Des vomissements surviennent encore le 24 juillet et dans la nuit du 24 au 25.

A l'examen, l'auteur trouve une enfant pâle, mais bien constituée, présentant dans la région inguinale droite une tuméfaction dure, de la grosseur d'une prune; la peau, à ce niveau est rouge; la rougeur et l'œdème s'étendent jusqu'à la grande lèvre.

On fait le diagnostic de hernie ou de lymphadénite.

Après incision de la peau, on trouve un sac herniaire noir; son ouverture donne issue à un liquide noir. A l'intérieur, on trouve la trompe et l'ovaire droits, noirs et tordus de 180°. Après élargissement de l'anneau inguinal, on aperçoit l'utérus avec l'insertion du ligament large. L'ablation de la trompe et de l'ovaire est faite, et la résection partielle du sac herniaire est pratiquée. Suture. Tamponnement. Suites normales.

OBSERVATION XVII

*Hernie inguinale de la trompe et de l'ovaire gauches
chez une enfant avec torsion du pédicule*

HABS. — *Muenchener Medizinische Wochenschrift*, 1901, XLVIII, p. 123.

Il s'agit d'une hernie inguinale gauche étranglée chez une petite fille. Le contenu du sac est constitué par la trompe et l'ovaire gauches, de coloration bleu-noirs, tordus trois fois sur leur axe, avec début de gangrène.

Herniotomie. Résection des annexes. Cure radicale par le procédé de BASSINI. Suites normales.

OBSERVATION XVIII

*Hernie étranglée de l'ovaire et de la trompe droits
chez une petite fille de 2 mois*

QUADFLIEG. — *Muenchener Medizinische Wochenschrift*, 1901, XLVIII, p. 790.

Une enfant de deux mois, jusque là bien portante, vomit depuis quelques jours. Sa mère constate dans la région inguinale droite l'existence d'une tuméfaction dure, irréductible et très douloureuse. La percussion montre que cette tuméfaction est mate. La mère n'avait pas remarqué auparavant la présence de cette tumeur inguinale.

On fit le diagnostic de hernie étranglée de l'épiploon.

A l'intervention on trouve l'ovaire droit kystique, dégénéré, de la grosseur d'une noix, et la trompe tuméfiée. Résection. Suites normales.

OBSERVATION XIX

*Hernie inguinale de la trompe et de l'ovaire gauches
avec torsion de leur pédicule chez une enfant de 3 mois $\frac{1}{2}$*

QUADFLIEG. — *Muenchener Medizinische Wochenschrift*,
1901, XLVIII, p. 790.

Une petite fille de 3 mois et demi, bien portante, présente, dans la région inguinale gauche, une tuméfaction douloureuse que sa mère a constaté 3 semaines auparavant. Selles normales, mais plusieurs vomissements sont survenus. La tuméfaction est irréductible, douloureuse et mate à la percussion.

On fait le diagnostic de hernie de l'ovaire étranglée.

A l'opération, on trouve un ovaire tordu, gangréneux, adhérent au sac herniaire.

Réséction et suites opératoires bonnes.

OBSERVATION XX

*Hernie inguinale gauche étranglée de la trompe et de l'ovaire
gauches chez un nourrisson de 4 mois*

LEGRAIN (E.) et ASCHOFF (L.). — *Annales des maladies
des organes génito-urinaires*, 1902, XX, p. 1569.

Le 25 janvier 1902, la jeune Germaine J..., née le 27 septembre 1901, nous est présentée par ses parents habitant Oued-Amizour, près Bougie.

Quelques semaines après sa naissance, l'enfant, née à 7 mois, de parents sains et robustes, présente les symptômes d'une hernie inguinale gauche. Cette hernie avait le volume et la forme du bout de l'index d'un adulte, et paraissait assez dure. Chaque fois qu'on la réduisait, l'enfant criait.

La réduction était d'ailleurs facile, ainsi que l'ont constaté nombre de fois et les parents et les médecins qui ont examiné l'enfant. Un bandage en caoutchouc fut prescrit et porté jusque vers le 1^{er} janvier 1902. Pas de troubles digestifs ou urinaires bien marqués. L'enfant était nourrie exclusivement au sein.

Vers le 22 janvier, la hernie devient irréductible, de nombreux essais de réduction sont faits dans l'entourage par plusieurs confrères, et par nous aussi, croyant être en présence d'une vulgaire hernie de l'intestin. Tous les efforts sont vains. La région inguinale devient, à la suite du taxis, le siège d'une tuméfaction notable s'étendant même à toute la grande lèvre gauche. On perçoit, à la palpation, qui est douloureuse, la hernie sous la forme d'un œuf de pigeon. Pas de fièvre jusqu'au 26 janvier.

L'enfant avait été à la selle les jours précédents et avait rendu de petites quantités de matières fécales ne présentant rien d'anormal. Pas de vomissements.

Nous pensons à une hernie comprenant une anse d'une portion assez élevée de l'intestin, et, en présence de l'échec complet des tentatives de réduction, nous proposons une intervention chirurgicale devant lever l'étranglement.

L'opération est exécutée par l'un de nous, à l'hôpital civil de Bougie, le 27 janvier 1902, à 8 heures du matin, avec l'aide du Docteur PERRUSSET, sans anesthésie.

Une incision longue de 10 centimètres environ est faite obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, au niveau de la partie la plus développée de la tuméfaction. Cette incision descend jusque vers le milieu de la grande lèvre gauche.

Les plans aponévro-musculaires incisés, on tombe sur un feuillet très mince, peu vasculaire, représentant le sac herniaire et qui, après incision, laisse écouler environ une cuiller à soupe de liquide couleur lie de vin, sans odeur.

L'organe hernié se présente sous forme d'un petit œuf de pigeon, et, au premier abord, simule une anse intestinale distendue par des matières, violacée, noirâtre par places,

en imminence de gangrène. A la partie externe existe une masse rougeâtre, spongieuse, qui est prise pour un morceau d'épiploon.

Mais, à un examen plus approfondi, la consistance spéciale de la hernie, l'apparence extérieure qui n'est pas celle de l'intestin, la configuration réniforme de la masse herniée fait conclure à la présence d'un rein. Le mauvais état de l'organe très fortement congestionné par les essais de taxis antérieurs nous engage à pratiquer l'ablation. Une double ligature est passée sur le pédicule et, d'un coup de ciseaux, on sectionne l'organe hernié.

L'orifice inguinal laisse à peine passer le bout de l'index.

Les téguments sont réunis rapidement par un seul plan de sutures au catgut intéressant toute la profondeur des tissus.

Suites opératoires excellentes. Réunion par première intention. L'enfant sort de l'hôpital dix jours après l'opération. Nourrie à peu près exclusivement au sein jusqu'aujourd'hui, 20 novembre, l'enfant s'est toujours assez bien portée. Elle pèse actuellement 9 kilogs. Toutes les fonctions paraissent normales.

L'organe enlevé, du volume d'un petit œuf de pigeon, est légèrement aplati, réniforme. Au niveau de la concavité simulant le hile, se voit un débris blanchâtre qui est pris pour l'uretère atrophié par l'étranglement et les manœuvres de taxis. L'organe sectionné selon son grand axe, ne présente qu'un tissu violacé, hémorragique, congestionné, où on croit, à l'œil nu, reconnaître le rein. A l'un des pôles de l'organe se trouve une masse spongieuse, hémorragique, qui est prise pour une capsule surrénale hypertrophiée.

L'examen histologique des pièces enlevées et placées dans l'alcool a été pratiqué à Göttingen par l'un de nous et a donné des résultats intéressants autant qu'inattendus.

Une première partie de l'organe réniforme sectionné selon son grand axe est incluse dans la paraffine ; les coupes sont colorées à l'hématoxyline. L'examen de ces coupes montre de très abondantes infiltrations sanguines. A la péri-

phérie de l'organe se voit une sorte de capsule composée d'un tissu fibrillaire riche en cellules fusiformes. A l'intérieur existent de très nombreux petits vaisseaux remplis d'un sang très riche en leucocytes. Entre les vaisseaux, on ne voit que des globules rouges, de rares cellules fusiformes, débris d'un tissu détruit par l'hémorragie. Autour des vaisseaux se trouvent de nombreux leucocytes avec des noyaux ronds et polymorphes. Il n'y a pas de tissu adipeux.

A l'un des pôles de l'organe enlevé existe une petite masse du volume d'une lentille ; cette masse, creuse, est imbibée de paraffine et coupée. L'examen microscopique montre qu'elle n'est autre chose que la trompe avec le ligament large. Dans ce dernier, les gros vaisseaux, les veines principalement, sont gorgés de sang ; on y voit aussi des hémorragies récentes. Les parois de la trompe ne présentent que des hémorragies minimales. Les deux couches musculaires et la muqueuse, avec les replis, sont bien conservés ; l'épithélium se compose de cellules cylindriques ; on ne peut distinguer les cils.

L'examen plus attentif de l'organe réniforme enlevé montre, dans les grands amas hémorragiques, surtout à la périphérie, où le tissu conjonctif est mieux conservé, de petites agglomérations de cellules rondes, à noyau rond, disposées autour d'une très grande cellule à noyau vésiculeux, possédant un très fin réseau de chromatine. Parfois, les cellules extérieures se trouvent disloquées ou même détruites, et alors la grande cellule est seule au milieu du foyer hémorragique. Ces grandes cellules sont des ovules entourés de cellules folliculaires. Bien que la majorité des ovules soit détruite par l'hémorragie due au taxis, il en reste une quantité suffisante pour permettre de faire le diagnostic. Pas de pigments sanguins, pas de cristaux d'hématoïdine.

Les altérations si graves subies par l'ovaire sont évidemment le fait de manœuvres nombreuses pratiquées pour essayer de réduire la hernie. Les désordres causés dans cet organe s'expliquent facilement par la ténuité du tissu conjonctif et la richesse vasculaire des ovaires du nouveau-né.

OBSERVATION XXI

Ovaire et trompe occupant la partie supérieure de la grande lèvre chez une petite fille et qui ultérieurement sont étranglés par torsion du pédicule, simulant un étranglement herniaire.

NICOLL (J. H.). — *The Glasgow Medical Journal*, 1902, LVIII, p. 40.

La tumeur fut observée peu de temps après la naissance. Le docteur ROBERTSON, de Milngavie, fut appelé en consultation quand l'enfant eut quatre mois et il pensa à la possibilité d'une hydrocèle enkystée du canal de Nüch.

Trois mois plus tard, les symptômes qui font penser à l'étranglement herniaire se déclarèrent : nausées, constipation, et signes nets de douleur et de sensibilité locale, avec augmentation de volume et de tension de la tumeur.

Aucun soulagement n'étant obtenu, la tumeur fut extirpée et montra qu'il s'agissait de l'ovaire et de la trompe. Ces organes étaient étranglés par torsion du pédicule. Le pédicule ayant été ligaturé et repoussé dans l'abdomen à travers le canal inguinal, ce canal fut refermé par suture.

OBSERVATION XXII

A propos d'un cas de hernie de l'ovaire avec accidents de pseudo-étranglement chez une enfant de 5 ans.

MARTIN (Ed.). — *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1903, XXIII, p. 790.

Il y a 6 mois environ, la mère d'une fillette de 5 ans conduisait à ma consultation son enfant, atteinte depuis deux

jours, à la suite d'un violent effort, d'une petite grosseur de l'aîne droite, siégeant en dehors de la grande lèvre et légèrement au-dessus du pli inguinal. Cette grosseur, du volume d'une petite olive, n'était pas très douloureuse et reposait sur une partie molle peu résistante ; elle était irréductible et n'augmentait pas avec la toux. N'étant pas absolument fixé sur la nature de cette tumeur, nous conseillons l'application d'une pommade iodurée et pas de bandage.

La mère, voyant au bout de quelques jours que la tumeur ne diminuait pas, alla consulter un de nos confrères qui conseilla le port d'un bandage que l'on s'empressa d'acheter chez un charlatan de passage dans notre ville. Cet appareil causait de la douleur et était mal supporté ; cependant, il le fut avec constance jusqu'au 5 octobre ; ce jour-là, après une promenade à la campagne, l'enfant qui n'avait pas été à la selle depuis la veille, fut prise, dans la soirée, de vomissements qui durèrent toute la nuit et de vives douleurs à l'aîne au niveau de la petite tumeur.

Appelé le 6, au matin, je constatai que l'enfant avait le faciès grippé, les yeux enfoncés, le pouls rapide et le ventre légèrement ballonné ; matières fécales abondantes dans le gros intestin et jusqu'au cœcum ; pas d'évacuations depuis le 4 au matin. La tumeur de l'aîne était un peu tendue et augmentée de volume ; elle n'était pas réductible et était douloureuse à la pression.

L'enfant fut transportée de suite à la Maison des Enfants Malades et l'opération pratiquée sans narcose avec l'aide des Docteurs MACHARD et Eugène REVILLIOD.

Après l'incision des parties molles, on tombe sur un sac très mince qui, étant ouvert, laisse écouler quelques gouttes de sang noirâtre et on retrouve dans son intérieur une petite tumeur ovoïde d'un noir violacé reposant sur une membrane assez épaisse, noirâtre, ressemblant à un gros intestin ayant subi un commencement de sphacèle. Cette membrane adhère au sac à sa partie postérieure. Après l'avoir isolée et disséquée, on constate la présence de la trompe et du ligament rond dans son intérieur. Le pédicule

se dirige après torsion sur lui-même vers l'orifice interne du canal inguinal. Les parties herniées sont sorties du canal inguinal en traversant sa paroi externe à mi-chemin à peu près entre l'orifice externe et l'orifice interne ; ce dernier, assez étroit, est débridé avec le bistouri, on pénètre alors assez facilement avec le petit doigt jusque dans la cavité abdominale et l'on constate que l'intestin est libre et le cœcum rempli de matières.

Les parties herniées paraissent trop malades pour être réduites, elles sont excisées après suture du pédicule avec deux forts catguts. Les débris du sac extrêmement mince sont disséqués et suturés aussi haut que possible. Suture des piliers avec trois forts catguts, suture profonde des parties molles avec trois catguts plus minces, puis suture de la peau aux crins de Florence ; petit drain en verre, pansement avec gaze au dermatol, gaze stérilisée et ouate.

Le soir, T. 38°, petits vomissements bilieux dans la nuit du 6 au 7.

Le 7 octobre, T. 37°6, matin et soir, le ventre n'est pas ballonné, des gaz s'échappent par l'anus.

Le 8, T. au matin 37°3, le soir 37°9 ; 0 gr. 10 de calomel déterminant plusieurs selles ; état général très satisfaisant, suintement sanguinolent assez abondant dans le pansement, on enlève le drain.

Depuis lors, pas trace de fièvre. Le 10 octobre, on lui enlève une suture ; le 12, les 3 autres ; petit pansement au collodion ; réunion par première intention. L'enfant sort guéri le 28 de la Maison des Enfants-Malades.

Les parties excisées ont été remises au Laboratoire d'anatomie pathologique ; malheureusement, elles ont été égarées après un examen sommaire dont voici le résultat : « La pièce que vous nous avez envoyée, qui provenait d'une hernie inguinale, est un ovaire. Il y avait une forte stase vasculaire, par places des hémorragies et les follicules sont très mal conservés ». L'assistant de M. le Professeur ZAHN m'a communiqué en outre oralement qu'il avait trouvé dans la tumeur des franges provenant de la trompe.

OBSERVATION XXIII

Hernie inguinale de la trompe et de l'ovaire gauches avec torsion de leur pédicule chez une enfant de 5 mois

GRUNERT. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1903, LXVIII, p. 518.

L'enfant est âgée de 5 mois. Ses parents ont remarqué depuis sa naissance la présence d'une tuméfaction dans la région inguinale gauche. Depuis quelques jours, la peau est rouge à ce niveau. Les selles sont normales. Pas de vomissements.

A l'examen, l'enfant est petite, mais bien portante et assez forte. Elle présente un œdème inflammatoire de la grande lèvre gauche. Dans la région inguinale gauche, on trouve une tuméfaction dure, peu mobile, de la grosseur d'une noix, irréductible.

On pose le diagnostic de hernie étranglée ou ganglion inguinal.

A l'opération, on aperçoit une hernie dans le sac de laquelle on trouve l'ovaire et la trompe, rouge foncé, tordus, avec début de gangrène. Résection des annexes. Suites opératoires normales.

OBSERVATION XXIV

Hernie inguinale gauche chez une enfant de 3 mois. Etranglement et mortification d'un ovaire et d'une trompe. Ovariectomie. Salpingectomie. Cure radicale. Guérison.

BILHAUT (M.). — *Annales de Chirurgie et d'Orthopédie*, 1904, XVIII, p. 193.

Le 27 mai, j'étais appelé à visiter en ville une petite fille W..., âgée de 3 mois, atteinte de hernie inguinale gauche et

soignée depuis sa naissance par le Docteur KOUCHEL-KATZ. Celui-ci avait fait le diagnostic de hernie quelques semaines après la naissance de l'enfant. La tumeur était alors réductible par le taxis et un bandage en caoutchouc, comme on le fait pour les nourrissons atteints de hernie, suffisait habituellement à maintenir l'intestin au-dessus de l'anneau.

Vers le 20 mai, la hernie se reproduisit, devint progressivement plus volumineuse et ne fut plus réductible qu'en partie. Un nouveau bandage fut commandé avec l'espoir de l'appliquer utilement dès que la réduction serait redevenue possible. Au moment d'appliquer l'appareil nouveau, le bandagiste ne put, malgré un taxis prolongé, obtenir une réduction sensible et conclut à la non existence d'une hernie.

La famille désolée fait redemander son médecin, lui parle des réserves formulées par le bandagiste, et je suis demandé en consultation pour trancher le différend. Y a-t-il hernie ? S'agit-il d'une toute autre affection ?

L'enfant porte dans l'aîne gauche une tumeur placée en avant de l'orifice externe du canal inguinal, La peau qui recouvre cette tumeur est lisse, peu tendue, pas luisante, les vaisseaux n'y sont pas exagérément développés, la couleur en est normale et je n'y trouve pas d'augmentation chaleur.

J'exclus d'emblée toute idée d'inflammation aiguë. La peau est mobile ; elle glisse très facilement sur la tumeur. Profondément on sent un corps résistant, lisse, sans bosselures et mobilisable latéralement et de haut en bas.

Le taxis ne donne lieu à aucun phénomène de réduction. Bien entendu il n'y a pas trace de gargouillement intestinal.

Sans l'affirmative très caractéristique de mon confrère, sans l'aveu bien net des parents, au sujet d'une tumeur que le taxis réduisait et que le bandage empêchait de se produire, je croirais de préférence à la présence d'un ganglion hypertrophié. Le diagnostic, hernie, ne peut donc être contestable, mais il y a lieu de croire soit à une hernie épiploïque devenue irréductible par suite de création d'adhérences

unissant le sac avec l'épiploon, soit à une hernie constituée par un organe pelvien et devenu lui-même adhérent avec le sac.

Je conseille de n'appliquer aucun bandage sur la tumeur pour ne pas l'irriter, pour ne déterminer aucun trouble de circulation dans le ou les organes qu'elle contient.

Malgré ces conseils et leur mise en pratique, à 3 jours de là, le 30 mai, je recevais à la première heure une communication téléphonique au cours de laquelle mon confrère, le Docteur KOUCHÉL-KATZ, m'apprenait que l'état de la petite malade s'était rapidement aggravé, que la tumeur inguinale avait triplé de volume, qu'elle était devenue très douloureuse, d'où la nécessité d'intervenir d'urgence.

A 9 heures, les parents m'amènèrent l'enfant à l'Hôpital International de Paris et je l'opérai immédiatement.

La tuméfaction est beaucoup plus accusée que lors de mon premier examen. La peau est plus colorée, plus chaude, les veines superficielles sont plus apparentes que de raison.

Après l'incision de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, je rencontre le sac herniaire que je divise très prudemment. Je tombe alors sur un organe encapsulé par un sac adhérent de toutes parts ; avec la sonde cannelée je libère les adhérences en dedans d'abord, puis en dehors et ensuite en dessous. Jusqu'à ce moment je me croyais en présence d'un ganglion, quand d'un dernier coup de sonde cannelée, je donne le jour à un organe rouge vif terminé par des franges qui ne me laissent aucun doute : c'est une trompe. Je complète la libération et je n'ai plus la moindre hésitation : la hernie est constituée par un ovaire et par une trompe. En haut, l'orifice péritonéal est réduit à des proportions microscopiques. Pas de liquide dans la hernie, pas la moindre trace d'épiploon. Avant d'inciser l'anneau, je me rends compte de l'état de vitalité des organes qui ont opéré cette bizarre migration. Malheureusement, l'ovaire est couleur feuille morte dans la majeure partie de son étendue. Dans les autres points, il est le siège de suffusions noirâ-

tres qui ne me font pas espérer un retour à une vitalité satisfaisante.

Je ne puis réintégrer dans la cavité péritonéale un organe en si mauvais état, sous peine de voir éclater une péritonite septique. J'attire donc l'ovaire et la trompe autant que possible, et, dès que je suis en présence de tissus sains, je place deux ligatures, l'une ovarique, l'autre salpingienne, et je sectionne avec les ciseaux. Je dilate l'orifice péritonéal et je réduis le pédicule dans la cavité abdominale.

Il ne me reste qu'à disséquer le sac aussi haut que possible, à faire une ligature au catgut, à la base, et à réséquer la partie exubérante. Le moignon remonte au-dessus de l'anneau. Asepsie du champ opératoire, suture des piliers aux crins de Florence, sans drainage.

La guérison se fit dans les meilleures conditions. Réunion per primam, et enlèvement des fils au septième jour. Depuis, l'enfant se porte à merveille.

OBSERVATION XXV

Hernie de l'ovaire prise pour une hernie du rein

TAILHEFER (de Béziers). — Rapport de A. BROCA. Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1904, XXX, p. 45.

Dans une de nos séances d'octobre, M. TAILHEFER, de Béziers, nous a présenté un organe qui, à l'œil nu, lui paraissait être un rein, surmonté de sa capsule surrénale, et qu'il avait enlevé dans une hernie inguinale étranglée. Je dois dire que l'aspect macroscopique nous a paru à tous répondre à celui d'un rein très fortement congestionné. Mais, fort prudemment, M. TAILHEFER m'avait laissé la pièce pour examen histologique. Or, mon élève et ami DEGUX, chef de laboratoire de l'hôpital des Enfants Malades, a démontré

qu'il s'agissait d'un ovaire accompagné de sa trompe, laquelle le coiffait en casque, ressemblait à une capsule surrénale. Dès lors, l'intérêt de l'observation ne réside plus que dans l'étranglement, survenu chez une fille de cinq mois, et M. DEGUY m'a remis la note suivante sur les lésions de l'organe.

La tumeur soumise à notre examen et dessinée en grandeur naturelle, est formée de deux parties réunies ensemble l'une en forme de rein, l'autre sans aspect spécial mais présentant quelques prolongements en forme de franges. Des coupes histologiques montrèrent qu'il s'agissait d'un ovaire avec la trompe et le ligament large.

Sur ces coupes, j'ai recherché la présence de micro-organismes, soit par la méthode de GRAM, soit par des colorations au bleu de méthylène, mais les investigations restèrent infructueuses. Histologiquement, nous avons constaté les lésions suivantes :

Ovaire. — En aucun endroit, je n'ai pu retrouver trace de l'épithélium de revêtement.

La substance médullaire est extrêmement vascularisée, mais il n'y a pas d'hémorragie interstitielles, ni de processus inflammatoires. Il existe par places un peu d'œdème interstitiel qui dissout les fibres conjonctives.

La substance corticale ne présente pas de lésions considérables; seuls, les follicules de GRAAF sont altérés; les ovules se colorent mal, de même que le revêtement des cellules cylindro-coniques. Quelques follicules sont cependant indemnes de toute lésion.

Partie adjacente à l'ovaire. Elle est formée par le ligament large, la trompe et du tissu graisseux. Les fibres musculaires du ligament large ne présentent aucune altération, les vaisseaux sont dilatés. Les lésions importantes siègent sur la trompe.

Le revêtement épithélial de cette dernière a complètement disparu. Les vaisseaux du derme, des franges, de la muqueuse sont dilatés, et il y a, par places, des hémorragies interstitielles. Par endroits, les parois de la trompe sont

déchiquetées, leur forme est méconnaissable ; on trouve des foyers inflammatoires formés de cellules mono et polymucléaires abondantes, et dont les noyaux sont la plupart du temps en karyolyse. Il a été impossible de constater la présence d'aucun microbe.

OBSERVATION XXVI.

Hernie inguinale étranglée de l'ovaire et de la trompe droits chez une enfant de 4 semaines

HEEGARD (H.). — *Archives für Klinische Chirurgie*, 1904, LXXV, p. 425-505.

L'enfant âgée de 4 semaines, fut admise à l'hôpital avec le diagnostic d'adénite inguinale gauche. D'après la mère, l'enfant était bien portante. Six jours avant l'admission, la mère a aperçu une petite tuméfaction dans la région inguinale gauche, augmentant progressivement de volume, sensible ; l'enfant est un peu agitée et crie, prend bien le sein, mais vomit un peu ; les selles sont normales ; l'enfant paraît bien portante.

La tuméfaction inguinale est dure, élastique, et s'étend jusqu'à la grande lèvre. La peau, à ce niveau, est tendue et un peu rouge. La tumeur est irréductible et n'augmente pas de volume quand l'enfant crie. A la percussion, elle est mate et douloureuse. Température 37° 8.

On fait le diagnostic d'abcès inguinal.

A l'incision, on trouve un sac de hernie d'où s'écoule une sérosité sanglante. A l'intérieur du sac, se trouve un ovaire bleu noir et la trompe avec torsion du pédicule. En tirant sur l'ovaire on aperçoit l'utérus. Ablation de l'ovaire et de la trompe. Suites opératoires normales. L'enfant sort le 12 juin 1898.

OBSERVATION XXVII

*Hernie inguinale droite étranglée contenant l'ovaire
et la trompe chez une enfant de 6 mois*

TSCHERNING (E.). — *Archiv für Klinische Chirurgie*, 1904-1905, LXXV, p. 486.

Analyse in *The Journal of the American Medical Association*, 1906, II, p. 1707.

La malade, âgée de 6 mois, est née six semaines avant terme. Depuis 3 mois existe une tumeur dans la région inguinale droite, réductible et maintenue par un bandage. Maintenant elle est incarcerated depuis deux jours, avec douleur et température croissante.

L'examen montra une tumeur du volume d'une olive dans la grande lèvre droite, irréductible; il y avait aussi une petite hernie gauche réductible; herniotomie; ablation de la tumeur pédiculée. Plaie cicatrisée au bout de onze jours. Plus tard, mort par entérite.

Autopsie. — Du côté droit il n'y avait pas de hernie, mais un petit canal à travers lequel passaient le ligament rond et la trompe. A gauche, il y avait une petite hernie ne contenant rien comme organe génital. L'examen microscopique de la tumeur enlevée à l'opération, montre un ovaire, le pavillon de la trompe et une partie du ligament large. La hernie était dans le canal de Nück.

OBSERVATION XXVIII

*Hernie inguinale tubo-ovarienne droite avec torsion
du pédicule chez une enfant*

TSCHERNING (E.). — *Archiv für Klinische für Chirurgie*, 1904-1905, LXXV, p. 486.

L'enfant est amenée à l'hôpital pour hernie ; elle est constipée depuis longtemps. Il y a cinq jours, apparaît une tuméfaction dans la région inguinale droite. (L'enfant avait crié fort auparavant). Plusieurs selles. Le taxis est pratiqué pendant la narcose sans succès.

L'enfant est bien portante, forte. La tuméfaction a le volume d'un œuf de pigeon. La peau est normale à ce niveau. A la percussion, matité, tension.

Un jour après, la peau est mobile, la tumeur est aussi mobile, lisse, irréductible. L'enfant est tranquille, elle a eu deux selles vertes (auparavant, elle avait aussi, d'après les dires des parents, des selles semblables depuis quelques jours). On prescrit du sous-nitrate de bismuth. Le jour suivant, herniotomie. A l'ouverture du sac, s'écoule un liquide sombre et l'ovaire, avec une partie de la trompe, moins tendu. Ablation. Suites bonnes.

OBSERVATION XXIX

*Hernie congénitale lobiale de la trompe et de l'ovaire chez
une enfant de 7 mois. Cure radicale. Guérison
(Présentation de pièces)*

MACÉ (O.) et MONCANY. — *Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1905, VIII, page 138.

Je vous présente, au nom de M. MONCANY et au mien, des pièces appartenant à une enfant que nous avons opérée dans le service de M. PORAK, à la Maternité, en mars 1905. Permettez-moi de vous signaler en quelques mots l'histoire de cette enfant. Née le 8 novembre 1904, à la Maternité, cette enfant était régulièrement conduite à la consultation de nourrissons de la Maternité. A chacune de nos consultations de nourrissons, la mère attirait notre attention sur l'existence à la partie supérieure de la grande lèvre droite d'une petite

tumeur légèrement aplatie, du volume d'un petit haricot, sans prolongement appréciable du côté inguinal, ne paraissant pas être le siège d'une sensibilité spéciale. La présence de cette tumeur intriguait fort la mère, et je vous donne ce renseignement avec d'autant plus de sûreté que chaque semaine la mère me demandait de faire quelque chose pour son enfant. Je pensai à l'existence d'un petit kyste irréductible du canal de Nück, et je conseillai à la mère d'attendre avec patience. La mère n'en eut probablement pas assez, car trois jours après la dernière consultation d'enfants, elle me conduisit à la Maternité son enfant, dont la tumeur avait beaucoup augmenté et qui devait souffrir, car il criait sans discontinuer.

L'enfant démaillotée, je constatai en effet que la région inguinale droite et la partie supérieure de la grande lèvre du même côté faisaient une saillie plus prononcée qu'à l'habitude ; qu'il existait un léger état de rougeur des téguments qui avaient conservé leur mobilité. Je sentais sous leur déplacement la tumeur que je connaissais ; elle avait doublé de volume. La mère me racontait alors que pour chercher à calmer son enfant, elle avait exercé des pressions sur cette petite masse, sans cependant arriver à la faire disparaître.

Je conservai mon diagnostic de kyste du canal de Nück, probablement avec début d'inflammation ; il ne pouvait s'agir que d'une hernie que je ne connaissais pas, l'enfant était d'ailleurs allée régulièrement à la selle, et je conseillai à la malade d'entrer à la Maternité. Dans la journée, l'un de nous fit une ponction blanche de cette masse. Le lendemain, les choses avaient changé.

La tumeur avait encore augmenté de volume, la peau présentait une coloration plus rouge ; la coloration, la tuméfaction dépassaient la ligne médiane, gagnaient franchement la face antérieure de la symphyse pubienne. L'état général de l'enfant restait bon malgré tous ces phénomènes. Je priai M. le docteur PORAK de voir l'enfant. M. PORAK se ralliait à mon diagnostic et conseillait l'opération que nous pratiquions le même jour dans l'après-midi.

L'incision traverse une couche de tissus cellulo-adipeux épaissi lardacé et conduit sur une masse lisse que deux coups de sonde cannelée me permettent de limiter et de bien voir. Il s'agissait d'une tumeur congestionnée, bleu noirâtre, ovulaire, du volume d'une amande : au premier aspect nous pensions à de l'intestin coiffé d'un sac rempli de sang. L'incision très prudente de la surface de cette tumeur nous permit de tomber dans une cavité remplie presque exactement par une autre. Je venais d'ouvrir le sac, et je voyais sous mes yeux une tumeur noirâtre, arrondie, et présentant à son extrémité inférieure une sorte d'appendice contourné, se pédiculisant du côté inguinal. Je jette un fil sur le pédicule et je sépare la masse. Réunion en différents plans, suture des téguments, pas de drainage. Pour en finir avec l'histoire clinique, je dirai que le lendemain je fus forcé de faire sauter un des points et de mettre à demeure un pansement humide qui guérit très rapidement les phénomènes inflammatoires que j'avais constatés à l'incision du tissu cellulaire sous-cutané.

L'examen de la tumeur enlevée nous permit de dire à la simple inspection, qu'il s'agissait d'un ovaire et d'une trompe herniés. En effet, cette tumeur paraissait formée :

- 1° d'une masse de 3 cm. de long, ovulaire, violacée.
- 2° d'un cordon plus épais adhérent à la masse décrite, dont la section du côté du pédicule rappelle la section de la trompe et dont l'extrémité libre présente un pavillon avec ses franges, muni d'une hydatide pédicule.

La coupe de la masse principale et son examen au microscope, fait par M. PERRUCHET et par l'un de nous, montrent bien qu'il s'agit d'un ovaire infiltré de sang, et sur la préparation duquel on retrouve, épars et altérés, des ovules très nettement distincts.

OBSERVATIONS XXX, XXXI et XXXII

Etranglement des annexes de l'utérus dans une hernie inguinale

CAMPBELL (R.). — *The British Medical Journal*, 1905, vol. II, p. 1206.

M. Robert CAMPBELL lit une note concernant *trois cas de hernie inguinale des annexes de l'utérus*. Tous les trois avaient été observés chez des enfants. Il attire l'attention sur ce fait que l'étranglement était la conséquence d'une torsion du ligament large, et non pas une constriction exercée par le collet du sac ou la paroi abdominale. Dans tous les cas, l'ovaire était augmenté de volume et kystique, et dans un cas l'utérus et la vessie occupaient la partie supérieure du sac. Ce sont les seuls cas d'étranglement qu'il ait observés chez des enfants, et ces cas montrent que les annexes utérines sont particulièrement prédisposées à l'étranglement.

OBSERVATION XXXIII

Hernie inguinale de l'ovaire et de la trompe gauche avec torsion du pédicule chez un enfant de 14 mois

DAMIANOS (N.). — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1905, LXXV, p. 228-250.

L'enfant, âgée de 14 mois, présente depuis l'âge de trois mois une petite tuméfaction dans la région inguinale gauche, augmentant ou diminuant de volume selon les cris de l'enfant. Depuis 14 jours, la tumeur est irréductible. Les selles sont normales, quelques vomissements. L'enfant est pâle, chétif, comme un enfant de six mois, ne marchant pas

encore et ne se tenant même pas debout, criant beaucoup ; le ventre est ballonné et dur.

Dans la région inguinale gauche, au-dessous de l'arcade fémorale, on trouve une tumeur grosse comme un œuf de pigeon. La peau, à ce niveau, est normale. La tumeur est dure, élastique, mate, avec un pédicule. Température normale. Pouls rapide et petit. L'enfant ne prend pas bien son biberon, vomit ; pas de selle. Le deuxième jour, l'enfant va un peu mieux, mais le troisième, aggravation. Le diagnostic n'est pas certain.

Opération. — A l'intérieur du sac on trouve un liquide brun sale, l'ovaire en haut et en avant, la trompe, le ligament large très altérés, épaissis, rouges, partiellement nécrotiques. Tous ces organes étaient tordus sur leur axe. On en fait l'ablation. Suites opératoires normales.

OBSERVATION XXXIV

Un cas de torsion de l'ovaire dans un sac herniaire

(Aux soins de M. H.-M. RIGBY)

RIGBY (H.-M.). — *The Lancet*, 1905, II, page 360.

Une petite fille, âgée de 3 mois, fut admise à l'hôpital de Londres le 17 mars 1905. La veille, la mère avait remarqué une tumeur dans l'aîne gauche qui était tendue et paraissait très douloureuse. Elle avait progressivement augmenté de volume et la peau qui la recouvrait était enflammée. L'enfant n'avait pas vomi et les selles avaient lieu comme d'habitude. A l'examen, on trouvait les signes suivants :

Une tumeur arrondie, tendue, s'étendant jusqu'à l'anneau inguinal droit, occupait la partie supérieure de la grande lèvre droite. Elle était élastique, très tendue, et la peau qui la recouvrait, était enflammée et légèrement œdématisée.

La tumeur s'arrêtait brusquement à l'anneau inguinal externe mais un pédicule étroit la prolongeait jusque dans la cavité abdominale. La tumeur était irréductible et aucune impulsion ne pouvait être perçue. L'abdomen n'était pas du tout distendu. L'enfant était dans un mauvais état de nutrition et de taille au-dessous de la normale, mais il ne paraissait pas très gravement malade. La tumeur fut diagnostiquée : hydrocèle enkystée et enflammée du canal de Nück. Peu de temps après l'admission à l'hôpital, une opération fut pratiquée ainsi qu'il suit : Une incision fut faite sur la tumeur montrant un sac contenant un liquide foncé sanglant. Quand ce liquide fut évacué, on vit apparaître un organe rouge foncé de forme ovale et régulière. Quand il fut libéré de la paroi du sac avec le doigt, la trompe de Fallope apparut, facilement reconnaissable à ses franges. L'organe pourpré était évidemment l'ovaire, très congestionné, presque noir, et très augmenté de volume. On trouvait un pédicule étroit à l'anneau inguinal formé par le ligament large et la trompe de Fallope tordue sur elle-même. Le pédicule fut détordu, transfixié avec une aiguille et ligaturé au moyen d'un catgut. L'ovaire et la trompe furent alors excisés. La corne droite de l'utérus apparaissait à l'anneau inguinal.

L'incision cutanée fut alors refermée après avoir placé un drain. Etant donné l'état précaire de l'enfant aucune tentative ne fut faite pour disséquer le sac ou refermer l'anneau. Les suites opératoires eurent lieu sans incident.

OBSERVATION XXXV

*Pseudo-étranglement d'une hernie inguinale de la trompe
chez une fillette de 4 mois*

GAUDIER (H.). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1906, XXXII, p. 607.

Chez une fillette de quinze jours, ayant à sa naissance contracté la coqueluche, on vit apparaître à l'aîne droite une tumeur irréductible, grosse comme une amande, qui resta indolore, en sorte qu'on ne s'en occupa pas. A l'âge de 4 mois, augmentation brusque de volume, douleur, ballonnement léger du ventre, refus de prendre le sein, et, huit jours après le début des accidents, l'enfant fut apportée à l'hôpital Saint-Sauveur. Alors, la tumeur, grosse comme un œuf de poule, est douloureuse au toucher, recouverte d'une peau rouge ; elle est rénitente, irréductible, se prolonge dans le canal inguinal, aucun symptôme d'étranglement intestinal. Malgré cela, M. GAUDIER opéra d'urgence, évacua un gros caillot sanguin qui lui expliqua l'augmentation brusque de volume, et, au fond du sac, trouva la trompe très serrée dans l'anneau, grosse comme le petit doigt, noirâtre ; elle lui parut trop malade pour être conservée et il la réséqua. L'examen histologique a confirmé, sans discussion possible, qu'il s'agissait de la trompe. L'enfant guérit sans incident.

OBSERVATION XXXVI

Sur un cas d'étranglement d'une hernie inguinale de la trompe et de l'ovaire chez une fillette de 10 mois

CARDOT (Médecin-Major). — Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1906, XXXII, p. 1125.

Le 30 avril 1905, vers 6 heures du soir, un officier de mon régiment me faisait appeler en toute hâte pour sa petite fille qu'on venait de lui ramener de la campagne, où un médecin avait, sans succès, essayé de faire rentrer une grosseur survenue dans l'aîne gauche de l'enfant la veille au soir.

Cette enfant, âgé de 10 mois, sans tare héréditaire, mais ayant souffert déjà d'une entérite grave, présentait, au mo-

ment où j'étais appelé à lui donner mes soins, un état général satisfaisant : appétit conservé, fonctions intestinales non interrompues, aucun signe particulier à la palpation du ventre ; elle ne paraissait éprouver ni malaise, ni fatigue à la suite du voyage assez long qu'elle venait de faire.

À la région inguinale gauche (seul signe anormal) se voit une tumeur de la grosseur d'une amande, dure, sans rougeur de la peau, sensible à la pression et irréductible.

En l'absence complète de symptômes généraux, j'hésite à intervenir ; mais, comme les parents me racontent que, 3 fois déjà, cette grosseur est apparue au même endroit, qu'elle a été réduite par un médecin, mais incomplètement la dernière fois, je redoute de m'exposer à trouver le lendemain une situation grave et de courir le risque de quelque accident d'étranglement pendant la nuit, et je me décide à opérer séance tenante, avec l'assistance de MM. le docteur BONNES et GOBINOT aide-major.

J'arrivai sur un sac ne contenant ni intestin, ni épiploon, ni caillot, mais une masse de la grosseur d'une noisette, d'un rouge vineux, et à laquelle est accolé une sorte de petit appendice à extrémité élargie et frangée. Il s'agissait sans aucun doute de l'ovaire et de la trompe. Le mauvais état de l'ovaire et l'impossibilité de réduire la masse, trop volumineuse pour l'étroitesse du collet, me déterminent à l'excision.

Suites normales. Guérison rapide. L'enfant se développe et se porte bien.

OBSERVATION XXXVII

Sur les hernies de l'ovaire avec torsion du pédicule.

GAUGELE (M. K.). — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1904, LXXIII, p. 216.

In *Annales de Chirurgie et d'Orthopédie*, 1906, XVIII, p. 276:

Une fillette de 8 mois est apportée à la clinique pédiatrique de Munich le 3 décembre 1903 ; depuis sa naissance, elle porte à la région inguinale gauche, une petite tumeur que la mère réduisait sans peine ; la veille, cette tumeur est devenue irréductible et beaucoup plus volumineuse. Elle est grosse comme deux œufs de pigeon, ovoïde, très dure, douloureuse à la pression ; il n'y a aucun accident abdominal, et l'état général est à peu près indemne, si bien que l'on ne peut admettre un étranglement intestinal et que l'on conclut à l'incarcération d'un autre viscère, l'ovaire ou l'utérus. L'intervention est pratiquée immédiatement : on tombe sur une tumeur dure, lisse, bleuâtre, recouverte d'un feuillet séreux auquel elle adhère ; elle se prolonge par un pédicule d'aspect tout à fait normal et entièrement libre au niveau du collet, mais qui, un peu plus bas, devient noirâtre. On reconnaît que cette portion noirâtre correspond à une zone de torsion, et que la tumeur est constituée par l'ovaire, six fois plus gros qu'un ovaire normal, à cet âge, et par la trompe. Les lésions semblent trop avancées pour légitimer un essai de conservation : on enlève trompe et ovaire en liant le pédicule en portion saine. La guérison a lieu sans incident.

OBSERVATION XXXVIII

Hernie étranglée de l'ovaire chez une enfant de 2 mois

HODGE (E.-B.). — *Annals of Surgery*, Philadelphie, 1906, XLIV, p. 958.

Le docteur Edward HODGE rapportait ce cas qu'il avait observé chez un enfant italien. A part une petite hernie ombilicale consécutive à une infection du cordon à la naissance, l'enfant était en bonne santé. Deux semaines avant son admission à l'hôpital, une masse apparut dans l'aîne droite, et, quatre jours plus tard, l'enfant devint de mauvaise

humeur. Le samedi, l'enfant vomit, mais eut une selle. Le dimanche, il vomit un nombre de fois plus considérable et le lundi, il fut conduit à l'hôpital. Il était un peu shoké, mais néanmoins, au moment de l'admission, son état général était assez bon. Il avait apparemment une hernie étranglée, dure.

L'opération, pratiquée sous le chloroforme, montra un sac herniaire qui contenait un ovaire augmenté de volume et décoloré, presque noir, de 3 cm. $\frac{1}{2}$ sur 3 à 4 cm. de dimension. L'intestin n'était pas dans le sac. L'ovaire et la trompe furent ligaturés et réséqués et le moignon de trompe remis en place aussi bien que possible. L'enfant eut une bonne convalescence, sauf un vomissement accidentel, et maintenant paraît en bon état.

Une question se pose : c'est de savoir si l'état de l'ovaire ne serait pas dû à une torsion plutôt qu'à un étranglement, cette dernière opinion ne nous satisfaisant pas, car la constriction n'était pas suffisante pour causer de semblables lésions.

OBSERVATION XXXIX

Hernie étranglée de l'ovaire chez un nouveau-né

BRINDEAU (A.) et POTTET. — *Bulletins de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1908, XI, p. 17.

Nous avons observé à l'hôpital Saint-Antoine un cas de hernie de l'ovaire chez une fillette de 5 mois. Cette enfant nourrie au sein et très bien portante, nous avait été amenée à la consultation parce que ses parents avaient remarqué une petite grosseur dans l'aîne gauche. Nous constatâmes à ce moment la présence d'une petite tumeur dans le trajet inguinal, tumeur en partie réductible, mais qu'il était impossible de rentrer complètement. Il restait en effet une petite boule allongée que nous avions prise pour un kyste du cordon. Les parents avaient placé un petit bandage en caoutchouc sur la région herniaire, mais devant l'insuffisance de la

contention, nous conseillons de l'enlever en surveillant attentivement ce qui se passerait et de nous amener l'enfant à la moindre alerte.

Quinze jours après, la mère nous conduit le bébé parce que la tumeur avait grossi et parce qu'elle était devenue douloureuse. A l'examen, nous constatons que la région inguinale est bombée et contient une tumeur grosse comme un œuf de pigeon. Elle est très douloureuse, tendue et absolument irréductible. Il n'existe aucun phénomène d'étranglement, sauf quelques vomissements de lait caillé. Selles normales, pas de ballonnement du ventre, état général parfait. Nous conseillons l'intervention qui est acceptée.

Incision classique de la cure radicale de la hernie inguinale. On arrive facilement sur le sac qui contient un liquide séro-sanguinolent. Le contenu du sac est constitué par une tumeur, grosse comme une amande, d'un noir foncé, présentant à sa surface quelques points plus marqués. Il n'existe pas de trace d'anse intestinale. La tumeur est dure au toucher et, en cherchant à l'attirer au dehors, on voit qu'elle est retenue par un pédicule tordu deux fois sur lui-même.

Il s'agissait donc d'une hernie de l'ovaire avec torsion du pédicule. Un fil de catgut est passé sur ce pédicule et l'ovaire est réséqué. Dissection et ablation du sac. Suture de la paroi en deux plans. Suites opératoires normales, sauf un fil de catgut qui a suppuré.

Le dixième jour, l'enfant a des quintes de coqueluche caractérisées ; les quintes augmentent de nombre dans les jours qui suivent. Il existe en outre de la bronchite qui se complique de broncho-pneumonie, si bien que l'enfant meurt trois semaines après l'opération.

La tumeur, incisée dans son grand axe montre une hémorragie totale de la glande. On y reconnaît encore quelques follicules de GRAAF. Des coupes microscopiques, faites par M. DE KERVILLY, montrent que l'ovaire est le siège d'un énorme hématome interstitiel. Les vaisseaux sanguins sont distendus par le sang. Il existe en outre une hémorragie diffuse qui a dissocié tous les éléments. Par-ci, par-là, quel-

ques follicules de de GRAAF. L'albuginée est respectée par l'hématome.

OBSERVATION XL

Torsion de l'ovaire et de la trompe

LECÈNE. — *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris*, 1908, LXXXIII, p. 458.

Il présente l'ovaire et la trompe gauches, tordus deux fois sur leur pédicule et infarcis de sang, trouvés dans une hernie inguinale gauche, chez un nouveau-né d'un mois.

Les signes cliniques locaux étaient ceux de l'étranglement herniaire, mais il n'y avait pas arrêt des matières et des gaz. L'incision du sac permit de reconnaître l'ovaire. On fit l'ablation de ces organes et la cure radicale de la hernie. Guérison.

OBSERVATION XLI

Rapport d'un cas de hernie étranglée de l'ovaire chez une enfant de 5 mois

CHURCHILL (J.-F.). — *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1908, VII, p. 480.

Dorothy K., âgée de 5 mois, fut admise dans le service du docteur BESLEY, à l'hôpital de la Charité, le 27 juillet 1908. On obtint les renseignements suivants :

Accouchement normal. L'enfant fut nourrie au sein jusqu'à l'âge d'environ deux mois, quand, le lait de la mère vint à diminuer d'une façon telle que l'on fut obligé d'abandonner le sein maternel pour nourrir l'enfant au lait de vache. Depuis ce moment-là, l'enfant ne poussa pas bien et devint quelque peu émacié.

A l'âge de 2 mois, la mère remarqua une petite masse dans la région inguinale gauche. Elle était grosse environ comme un pois, molle et facilement réductible.

Quelques jours avant son admission à l'hôpital, l'enfant fut conduit à la clinique pédiatrique du Post-Graduate Hospital pour régler son alimentation. La malade fut vue par le docteur SILVERTHORN, qui, le 25 juillet, l'envoya, pour la faire examiner, à la clinique chirurgicale. A ce moment-là on fit le diagnostic de hernie inguinale de l'ovaire probable, mais comme la tumeur herniaire était facilement réductible, l'opération fut jugée inutile.

Le lundi soir 27 juillet, l'enfant fut amenée à l'Hôpital de la Charité, la mère déclarant que, 24 heures auparavant, la tumeur était tout d'un coup devenue dure et irréductible. L'enfant avait vomi deux fois dans la journée. Il paraissait souffrir beaucoup.

On trouvait au niveau de l'orifice externe du canal inguinal droit une masse ferme du volume d'une grosse noix. La tumeur était irréductible et apparaissait très tendue. La peau qui la recouvrait, était rouge et la grande lèvre droite était rouge et tuméfiée. La tumeur était un peu mobile et pouvait être pincée entre deux doigts. L'enfant était très émacié. Traits tirés. Leucocytes: 42.000.

Le diagnostic d'étranglement d'une anse intestinale dans une hernie inguinale fut posé et l'opération déclarée nécessaire.

Opération. — Anesthésie à l'éther.

Le sac fut mis à découvert directement sous les fibres de l'aponévrose du muscle oblique externe. Quand le sac fut ouvert, on aperçut une masse rouge foncé, ovoïde, ressemblant exactement à du tissu splénique comme couleur et comme consistance. Une traction faite sur cette masse fit voir un pédicule dans lequel se trouvaient deux veines considérablement dilatées et une traction plus forte amena la trompe droite et l'utérus dans l'ouverture du sac. Comme l'étranglement siégeait depuis un temps tel que l'ovaire ait subi une transformation aussi marquée, le pédicule fut trans-

fixié et ligaturé et l'ovaire excisé. La trompe et l'utérus furent rentrés dans l'abdomen et l'orifice herniaire refermé par le procédé habituel.

Les suites furent normales ; l'enfant fut guérie le seizième jour et renvoyée à la clinique pédiatrique pour soins complémentaires.

Anatomie pathologique. — Examen macroscopique. — La pièce est une tumeur lisse, encapsulée, de couleur rouge foncé, ayant comme dimensions $2,5 \times 2 \times 1,5$ cm. A la coupe, on a la même résistance que dans une rate normale. La surface de section est uniformément rouge et lisse.

Examen microscopique. — L'examen microscopique montre que la pièce est un ovaire qui est partout infiltré de sang. Cette infiltration est telle que la structure de la médullaire ne peut être déterminée et paraît être entièrement bouleversée par les éléments sanguins. Dans le cortex, on voit cependant un grand nombre de follicules primitifs, quoique beaucoup soient déformés et que la structure générale soit détruite par le sang. De très petites altérations existent dans les globules rouges, il n'y a presque pas de fibrine. De petites zones d'infiltration leucocytaire se présentent dans toute l'étendue de la coupe.

OBSERVATION XLII

Hernie inguinale gauche de l'ovaire avec torsion du pédicule

M^{me} PETITJEAN. — Thèse de Paris, 1909-1910.

Suzanne S..., 7 mois, est amenée à la consultation de l'Hôpital Trousseau, le 3 août 1909.

La mère, âgée de 22 ans, a eu trois grossesses ; les deux premiers enfants sont morts en bas-âge. Le père est bien portant. La grand'mère maternelle est morte d'une hernie inguinale gauche étranglée.

L'enfant est née à terme, elle a été nourrie au sein jusqu'à l'âge de 2 mois, l'allaitement a été mixte jusqu'à 4 mois, enfin actuellement l'enfant est nourrie au biberon. Depuis sa naissance, elle a présenté des vomissements alimentaires fréquents.

A 3 mois, on s'aperçoit que l'enfant a une hernie inguinale gauche. Celle-ci est parfaitement réductible et maintenue par un bandage prescrit à la consultation de l'Hôtel-Dieu.

Le 1^{er} août, la mère s'aperçoit que la hernie est devenue irréductible et qu'elle est douloureuse à la pression. L'enfant a quelques vomissements, mais qui ne paraissent ni plus fréquents ni plus abondants qu'à l'ordinaire. Le cours des matières n'est pas troublé et l'enfant a eu des selles normales jusqu'au moment de l'opération.

A l'examen, on constate une tuméfaction inguinale du côté gauche, de l'œdème de la grande lèvre. Toute la région présente une teinte rose, comme lymphangitique. Cette tumeur est légèrement douloureuse à la pression, nettement pédiculée ; ce qui frappe c'est la consistance extrêmement ferme.

La température est à 36°4. Le facies est tout à fait normal. La petite malade est gaie et souriante.

On pose le diagnostic d'étranglement herniaire, mais on fait des réserves quant à la nature du contenu.

Opération. — Opérée le 3 août dans l'après-midi. Anesthésie au chloroforme. Incision des plans superficiels. On constate que l'étranglement est constitué par l'orifice externe du canal inguinal. A l'ouverture du sac il s'écoule une très légère quantité de liquide séreux. On aperçoit une masse noire du volume d'une grosse amande. On croit d'abord à l'existence d'une frange épiploïque et d'une anse intestinale tordue. Mais peu à peu on attire l'utérus et le ligament large ; on distingue alors la véritable nature des organes herniés. L'ovaire est très augmenté de volume, la trompe l'entoure sur une moitié de sa circonférence. Le pédicule est

tordu plusieurs fois sur lui-même, on y voit un gros vaisseau thrombosé.

On place une ligature sur le méso externe, une autre au niveau de la corne utérine, le pédicule antérieur (ligament rond) est sectionné sans ligature. Deux points de catguts servent à la réfection de la paroi postérieure du canal ; suture de la paroi antérieure au catgut. Agrafes sur la peau.

Suites. — Le lendemain matin, la malade est alimentée, le quatrième jour, les agrafes sont enlevées, le sixième jour, l'enfant quitte l'hôpital en bonne santé.

OBSERVATION XLIII

Hernie étranglée de l'ovaire chez un enfant. Opération. Guérison

KENNEDY (F.-W.). — *The British Medical Journal*, 1909, II, p. 1407.

M., âgée de 4 mois, fut bien portante jusqu'au 6 juillet 1909, quand, à cette époque, elle devint grognon et agitée. Le matin suivant, la mère remarqua une tumeur dans l'aîne gauche qui augmenta rapidement de volume. Elle était très tendue et l'enfant criait beaucoup, particulièrement quand on la remuait, mais il n'eut pas de vomissement ni aucun autre symptôme. Le docteur CLIFFORD, d'Adare, vit l'enfant dans la soirée et, pensant qu'il s'agissait d'une hernie inguinale irréductible, me l'envoya pour que je l'opère.

Quand je vis l'enfant dans la matinée du 18 juillet, elle riait et chantait, et ne paraissait souffrir aucunement. Elle avait une masse dure, tendue, bien limitée, presque aussi grosse qu'un œuf de pigeon dans la région inguinale gauche et descendant jusque dans la grande lèvre du même côté. La peau, au niveau de la tumeur, était rouge foncé.

L'enfant fut anesthésiée au chloroforme-éther par le doc-

teur EVERINA MASSY. J'incisai la peau et me portai soigneusement vers le bas jusqu'à ce que je rencontre un organe couleur de prune placé dans le canal inguinal. C'étaient l'ovaire et la trompe de Fallope gorgés de sang et tuméfiés jusqu'à atteindre le volume des mêmes organes chez un adulte. En tirant doucement sur ces organes, je parvins à voir des tissus sains et je ligaturai le pédicule à ce niveau avec du catgut. Je réséquai l'ovaire et repoussai le moignon aussi loin que possible dans le canal. Je fermai alors la plaie avec des fils de catguts. Je ne pris pas le soin de prolonger l'opération en faisant une cure radicale. La petite malade eut une guérison normale.

Ce cas est, je le pense, intéressant à cause de l'âge de la malade et aussi à cause de l'absence presque complète de symptômes fonctionnels.

OBSERVATION XLIV

Hernie inguinale de la trompe chez une enfant

LOZANO Y PONCE. — Résumé in *Revue de Chirurgie*, 1909, XL, p. 569.

Le docteur LOZANO rapporte le cas d'une enfant qui présentait dans la région inguinale droite une tumeur du volume d'une noix, de consistance pâteuse, irréductible. Depuis l'apparition de cette tumeur, l'enfant, âgée de 4 ans, avait d'abondantes pertes génitales séro-sanguinolentes, mais sans vomissement ni phénomènes d'obstruction intestinale. On pensa néanmoins à une hernie étranglée et on opéra. On trouva dans le sac la trompe, l'ovaire et le ligament large. On enleva l'extrémité de la trompe adhérente. Les suites furent très simples.

OBSERVATION XLV

Hernie de l'ovaire, torsion de son pédicule

VEAU (V.) et BERGER (J.). — *Archives de Médecine des Enfants*, 1911, XIV, p. 36.

Geneviève P., de Bois-Colombes, est envoyée dans le service de M. JALAGUIER, par un médecin qui pense à une hernie étranglée.

L'enfant est née avant terme, le 14 janvier 1910. Nourrie au sein jusqu'à 3 mois, puis au lait de vache bouilli. Ce changement d'alimentation provoque un dépérissement appréciable de l'enfant, qui, néanmoins, s'élevait sans difficulté.

La hernie a été reconnue par la mère à l'âge de 2 mois. Elle avait alors le volume d'une noisette et était intermittente ; l'enfant n'a jamais porté de bandage. Le médecin constata plusieurs fois la hernie et la réduisit sans difficulté.

L'enfant se portait bien jusqu'au vendredi 10 juin. (Elle avait alors 5 mois). A cette époque, elle eut de la diarrhée et rendit des peaux. Elle eut un vomissement dans la journée. Le lendemain, les vomissements furent plus fréquents, mais la diarrhée disparut. L'enfant eut une selle à peu près normale. L'état général de l'enfant étant mauvais, le médecin fut appelé et constata une hernie irréductible. Il prescrivit des cataplasmes de farine de lin.

Le dimanche 12 juin, la tumeur herniaire avait augmenté de volume, elle était plus douloureuse, l'enfant criait continuellement, mais ne vomissait pas. Sous l'influence du lavement, elle rendit quelques matières glaireuses. Les vomissements furent moins fréquents, mais l'enfant refusa de prendre toute nourriture.

Les jours suivants, les vomissements cessèrent, quoique l'enfant bût environ 300 gr. de lait par jour. Les lavements

firent évacuer quelques glaires. Mais la mère est très affirmative pour dire que l'enfant rendait souvent des gaz. Le volume de la tumeur herniaire s'accrut, la peau devint un peu rouge (probablement sous l'influence des cataplasmes). L'état général n'est pas plus mauvais.

Devant la persistance de cette tumeur, le médecin envoie l'enfant à l'hôpital, avec le diagnostic de hernie étranglée. Il nous arrive le jeudi 16 juin 1910, dans le service de M. JALAGUIER, à l'hôpital des Enfants Assistés.

L'état général de l'enfant est bon, sa figure est rose, les chairs sont fermes ; elle ne semble pas très malade ; elle sourit par moment et crie très fort quand on l'examine.

Mais l'état local n'est pas en rapport avec cet état général, ni avec les signes fonctionnels que décrit la mère. On constate, dans la région inguinale droite, une tumeur qui a tous les caractères de la hernie étranglée (irréductibilité, douleur, tension) ; elle a le volume d'une noix ; la peau qui la recouvre est œdématiée.

Le toucher rectal permet de sentir l'orifice profond du canal inguinal. On reconnaît facilement que l'intestin ne pénètre pas dans l'anneau, mais on sent quelque chose de tendu qui vient du petit bassin et se dirige dans la région inguinale.

Opération le 16 juin 1910. Anesthésie chloroformée. (Appareil de RICARD).

Incision oblique passant à la partie la plus saillante de la tuméfaction ; l'incision de hernie inguinale un peu abaissée, on tombe, à travers le tissu cellulaire, sur une masse arrondie, du volume d'une noix, de consistance rénitente et de coloration noirâtre, rappelant celle du boudin cuit.

On ponctionne, de la pointe du bistouri, la partie inférieure de cette poche, et l'on voit s'échapper du liquide séreux, jaune clair, en assez grande abondance relative ; on continue vers le haut l'incision de cette membrane, après s'être assuré qu'elle n'a aucune adhérence dans la profondeur avec le contenu du sac. Ce feuillet qui représente le péritoine est épais, mais friable. Pour apercevoir le collet

de la hernie, on débride dans l'angle supérieur de la plaie, l'aponévrose du grand oblique et l'on aperçoit au-dessous d'elle le tendon conjoint. La tumeur est donc bien inguinale.

On extériorise alors le contenu. Celui-ci se montre sous l'aspect d'une masse ovoïde noirâtre et, tirant dessus avec douceur, on l'extériorise. On constate alors avec une grande netteté que cette masse a un pédicule tordu sur lui-même, suivant un tour de spire complet, lequel s'est fait, lorsqu'on regarde la tumeur par son bout périphérique, dans le sens contraire à celui des aiguilles d'une montre. En examinant ce pédicule après l'avoir détordu, on constate qu'il est formé en majeure partie par la trompe droite. La masse herniée est l'ovaire droit avec le pavillon et l'ampoule tubaires.

Un catgut est serré à la base du pédicule, au ras de la corne utérine, un peu en amont de la torsion, et le pédicule est sectionné.

Après résection du sac, fermeture de la paroi, suture de la peau aux crins.

La guérison se fit sans incident. Le 5^e jour, l'enfant quittait l'hôpital, complètement guérie.

OBSERVATION XLVI

Hernie inguinale de la trompe et de l'ovaire avec torsion du pédicule

LANGUEMAK. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1911, CIX, p. 195-198.

Elise B..., âgée de 4 mois, bien portante jusque-là, devient malade une nuit ; le matin, ses parents aperçoivent une tuméfaction de la grande lèvre droite. Pas de vomissement. Constipation persistante. A l'hôpital : l'enfant est assez forte ; elle présente un œdème inflammatoire de la grande lèvre droite, la peau est rouge à ce niveau. On peut suivre jusqu'à

l'anneau inguinal, la tumeur, de la grosseur d'un œuf de pigeon, immobile, mal limitée, dure, arrondie. Diagnostic : Hernie étranglée.

Opération : On voit l'ovaire et la trompe rouges, tuméfiés, avec un volvulus de un tour complet. Ligature du pédicule et résection des annexes. Suites opératoires normales.

OBSERVATION XLVII

Un cas de torsion des annexes utérines dans une hernie chez les enfants

MOSCHOWITZ (A.-V.). — *The American Journal of Obstetrics*, 1912, LXV, p. 537.

L'enfant avait 5 mois quand elle fut admise au Mount Sinai Hospital le 25 mars 1911. La veille, l'enfant avait été vue par le docteur HEIMAN ; elle lui avait été conduite pour régler son alimentation. À l'examen, le docteur HEIMAN trouva six orteils à chaque pied ; par ailleurs, rien d'anormal. Environ 9 heures avant l'admission, l'enfant cria et vomit beaucoup et la mère remarqua une tumeur dans l'aîne gauche. L'enfant fut ramenée au docteur HEIMAN, qui l'envoya rapidement à l'hôpital avec le diagnostic de hernie étranglée. À l'admission, l'enfant regardait et se comportait comme si elle avait été en bonne santé ; les vomissements avaient cessé et elle gardait sa nourriture ; les matières s'évacuaient spontanément et les déjections ne contenaient pas de sang ; le pouls, la température et la respiration étaient normales. Il y avait, cependant, dans la région inguinale gauche, une tuméfaction distincte, de la grosseur d'une plume. Le docteur MOSCHOWITZ vit l'enfant une demi-heure après son admission, et, non seulement confirma le diagnostic de hernie inguinale étranglée, mais aussi fit un diagnostic plus précis, et dit que la hernie contenait l'ovaire, la trompe et une partie de

l'utérus. A l'opération, on trouva le sac émergeant de l'anneau inguinal externe ; cependant, au lieu de suivre le trajet habituel dans la grande lèvre, le sac était réfléchi en haut et en dehors ; en d'autres termes, c'était un parfait exemple de hernie inguino-superficielle. A l'ouverture du sac on trouva la trompe gauche et l'ovaire tordus d'un tour complet. Après une convalescence normale, l'enfant guérit et était encore en bonne santé neuf mois après l'opération.

OBSERVATION XLVIII

*Hernie étranglée de la trompe et de l'ovaire gauches
chez une fillette de 2 mois et demi*

NOVÉ-JOSSERAND et RENDU. — *Lyon Médical*, 1913, CXXI, p. 25 ou *La Médecine Moderne*, 1913, XXII, p. 3.

A..., Madeleine, âgée de 2 mois $\frac{1}{2}$, entre à la Charité, envoyée par son médecin pour une hernie étranglée.

Depuis une quinzaine de jours, la mère avait observé au-dessus du pli de l'aîne gauche une petite tumeur du volume d'un haricot, indolore, roulant sous le doigt, et ne s'en était pas préoccupée outre mesure. Mais voici deux ou trois jours que subitement cette petite tumeur s'est enflammée, est devenue chaude, douloureuse, a beaucoup augmenté de volume, provoque des cris de la part de l'enfant et s'accompagne de quelques vomissements sans cependant aucun symptôme intestinal : l'enfant fait des vents et va à la selle.

A l'examen, on constate tous les symptômes d'une hernie inguinale étranglée, irréductible, douloureuse, de la grosseur d'une noix. Cependant, vu l'âge de l'enfant, l'absence de signes intestinaux et péritonéaux, on conclut à un engouement herniaire, on fait un pansement froid, humide, et l'on attend. La journée se passe bien, l'enfant va à la selle, ne présente aucun vomissement, n'a qu'une légère élévation

thermique le soir, et le lendemain l'état général est bon, mais l'état local reste le même. Il semble même que la tuméfaction est plus pâteuse, que la peau glisse moins facilement sur la tumeur ; bref, que le tissu cellulaire sous-cutané commence à prendre part à l'inflammation. Le surlendemain, toujours bon état général ; mais, devant les phénomènes locaux qui persistent, je me décide à intervenir. Incision un peu haute ayant pour centre l'orifice inguinal interne. Le tissu cellulaire est œdémateux et je tombe rapidement sur une tumeur noirâtre, de la couleur et de la consistance d'une figue, en battant de cloche, et dont le pédicule plongeait dans l'orifice inguinal interne. J'ouvre le sac qui est épais, ecchymotique, et sous lequel se trouve une anse intestinale rouge noirâtre, très étranglée au niveau du collet du sac et tordue deux fois sur elle-même. Je débride le collet, et m'aperçois que l'anse était constituée par la trompe d'un côté et par l'ovaire de l'autre, le collet du sac se trouvant au point même d'insertion de la trompe sur l'utérus. Je fis l'épreuve de l'eau chaude, pour voir si la circulation se rétablissait dans ces organes étranglés ; mais, n'obtenant aucun résultat, et d'autre part, la trompe et l'ovaire étant pour ainsi dire perdus fonctionnellement, je me décidai à en pratiquer la résection plutôt qu'à risquer des accidents peut être graves en les réintégrant dans la cavité abdominale.

Fermeture du sac, de la paroi, et de la peau sans drainage. Réunion par première intention, et, aujourd'hui, plus de 15 jours après l'opération, l'enfant est complètement guéri.

OBSERVATION XLIX

*Hernie inguinale de la trompe et de l'ovaire
avec torsion du pédicule chez une enfant de 3 mois*

MATTHEY (A. L.). — *Beitrag zur Klinische Chirurgie*, 1913, LXXXIII, p. 361.

L'enfant, âgée de 3 mois, était bien portante, quand à 4 heures du matin, elle vomit et est agitée. Dans le bain, le matin, la mère aperçoit une tumeur inguinale. Le taxis est pratiqué sans succès. A 12 heures, vomissements. Pas de selles. La tumeur est dure, augmente de volume à la toux. A l'opération, on trouve une torsion du pédicule, avec déplacement des annexes. L'ovaire est rouge foncé, gangréneux, et est réséqué.

OBSERVATION L

Un cas de hernie tubo-ovarienne étranglée chez une enfant

EUSTACE (A. B.). — *The Journal of the American Medical Association*, 1914, LXII, p. 772.

Histoire de la maladie. — L'enfant, bien portante en apparence, âgée de 6 mois, fut amenée à notre clinique un mercredi matin ; elle avait été jusqu'alors en parfait état de santé sauf qu'elle présentait une hernie. L'enfant avait été nourrie au sein. Dans la nuit du dimanche précédent, la mère avait remarqué que la hernie (dont l'existence avait été reconnue peu de temps après la naissance) était descendue plus bas que de coutume au cours d'une crise pendant laquelle l'enfant avait crié beaucoup. Elle essaya de la réduire comme elle l'avait déjà fait bien des fois, mais il lui fut impossible de le faire.

Le lendemain, l'enfant devint considérablement agitée et était de mauvaise humeur ; on appela le médecin de la famille qui conseilla les applications chaudes sur la tumeur en attendant sa visite le lendemain.

Le mardi, la tumeur avait notablement augmenté de volume et était le siège d'une inflammation évidente ; voyant cela, la mère demanda un autre médecin qui donna à l'enfant « quelques gouttes » et ordonna des applications plus chau-

des sur la tumeur. Pendant la nuit l'enfant vomit deux fois et eut une selle peu abondante.

Examen. — L'enfant qui se présente en bon état de nutrition et très vive, ne paraît pas souffrir beaucoup. L'abdomen est légèrement distendu. La grande lèvre droite est tuméfiée, rouge, et très tendue, se déprimant à la pression, et paraît translucide. La tuméfaction a environ le volume d'une noix. Il est impossible d'obtenir une sensation de fluctuation ou d'impulsion. Il n'y a pas trace d'écoulement vaginal. La température est de 103.4 F. Le diagnostic de hernie inguinale étranglée fut fait et l'opération fut conseillée immédiatement.

Opération. — Sous anesthésie à l'éther, on fit une incision inguinale droite, le canal inguinal ouvert et le sac herniaire libéré dans le champ opératoire. Le péritoine était de couleur brun foncé, chocolat, et les petits vaisseaux apparaissaient thrombosés. Le sac fut ouvert et environ deux drachmes de liquide sanglant s'écoula, montrant une tumeur noire congestionnée qui ne fut pas immédiatement reconnue. Après une traction légère, cette masse fut abaissée dans le canal inguinal et fut reconnue pour être la trompe, l'ovaire, et le ligament large.

La corne utérine droite pouvait être facilement amenée dans le canal, montrant l'abouchement de la trompe. Il y avait une torsion de la trompe et de l'ovaire de 180 degrés dans le sens des aiguilles d'une montre.

La trompe et l'ovaire furent immédiatement réséqués et le moignon réduit dans l'abdomen. Le sac péritonéal fut libéré au niveau de l'anneau inguinal, transfixié et ligaturé. La paroi fut refermée par la méthode de l'imbrication d'ANDREWS. La peau fut suturée avec des crins ordinaires sans drainage. La plaie fut recouverte de gutta-percha et d'un pansement adhésif. L'enfant fut remise au sein 12 heures après l'opération. Il quittait l'hôpital 12 jours après.

Anatomie pathologique. — L'examen des pièces anatomiques, trompe et ovaire, montre que la trompe est œdématisée et présente des zones nécrotiques. Les vaisseaux san-

guins sont thrombosés avec extravasations sanguines. L'ovaire est gangréné. Le pronostic excellent de ces cas fait contraste avec les étranglements dans lesquels l'intestin est tordu.

OBSERVATION LI

Hernie inguinale tubo-ovarienne avec torsion du pédicule chez un nouveau-né

GIVEL (A.). — *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1916, XXXVI, p. 244.

L'enfant X. est née à Payerne, vers les derniers jours de janvier 1916. Le 6 mars dernier, je suis appelé à la voir, les parents étant frappés par une grosseur qu'elle avait au bas-ventre.

A ma visite, je trouve une fillette de constitution malingre, présentant une tuméfaction piriforme de la grande lèvre droite. Peau tendue et un peu rougie. Palpation douloureuse. Consistance dure non fluctuante. La tumeur est irréductible. Pas de fièvre. Abdomen souple, non douloureux nulle part. Absence de vomissement. Selles normales. L'enfant s'alimente bien au biberon. Le diagnostic n'est pas facile, mais j'ai l'impression qu'il s'agit d'un hématome.

L'enfant est transporté à l'infirmierie de Payerne le lendemain. Je fais une ponction exploratrice qui donne très peu de sang noir. Je me décide à opérer et, en légère narcose, assisté de M. le Dr MONARD, je fais une incision par laquelle je tombe sur une tumeur noirâtre dont j'incise la surface avec précaution. Je pénètre dans un sac herniaire rempli hermétiquement par une masse amorphe, noirâtre, semblable à un infarctus hémorragique qui, convenablement isolée du sac, n'est autre que la trompe et l'ovaire droits avec une partie du ligament large tordu dans son pédicule. Le liquide sacculaire est sanguin, mais non sanieux et fétide.

Le sacrifice de la trompe et de l'ovaire est indispensable, car la torsion a déterminé une forte infiltration de sang dans le tissu de l'ovaire et une nécrose partielle de cet organe. Je jette une ligature aussi haut que possible et je résèque au-dessous, puis je fais l'ablation du sac et sa ligature au collet. Petit drain dans la plaie et suture de la peau. Pansement au collodion.

Les pièces anatomiques ont été examinées au laboratoire d'anatomie pathologique de Lausanne ; le 13 mars, je recevais le rapport suivant :

« Enfant X..., Hernie tubo-ovarienne avec torsion du pédicule. Confirmation du diagnostic. L'ovaire est très fortement infiltré de sang et présente de larges vaisseaux. Nécrose très étendue du parenchyme. Par places, cependant, on voit encore quelques follicules remplis de sang. »

Les suites opératoires furent normales. Le drain est retiré au bout de 24 heures ; la plaie guérie par première intention ; les sutures ont été enlevées le 5^e jour. Actuellement, l'enfant est parfaitement guérie.

OBSERVATION LII

Trompe de Fallope, ovaire et intestin étranglés chez un enfant

ABELIO (G.). — *The Journal of the American Medical Association*, 1916, LXVI, p. 813.

Ce cas personnel se rapporte à une opération pratiquée par mon père sur une petite fille de 11 mois. Nourrie au sein, sans troubles fébriles ou diarrhéiques d'aucune sorte, elle fut bien portante jusqu'à l'âge de 3 mois, époque à laquelle apparut une tumeur dans la région inguinale droite, accompagnée de vomissements et de douleur abdominale intense. Antérieurement, aucune masse n'avait été remarquée par les

parents. Un médecin du quartier en fit la réduction facilement avec apaisement complet des symptômes. L'enfant eut quatre crises semblables depuis, toutes consistant en l'apparition brusque d'une tumeur inguinale, accompagnée de douleurs et de vomissements. Le taxis réussit 3 fois comme la première fois. Il y a environ 4 semaines, l'enfant fut amené au Dr J.-M. ABELIO, avec l'histoire suivante :

Une tumeur était apparue dans la région inguinale droite, 48 heures auparavant ; l'enfant commença à crier comme s'il avait souffert beaucoup ; il se mit à vomir et continua par moments depuis lors. Plusieurs tentatives de réduction avaient été faites sans succès par un autre médecin. L'enfant n'avait eu aucune selle depuis 48 heures. L'examen montra l'abdomen quelque peu distendu, mais pas contracté, et une tumeur inguinale droite, d'environ 5 cm. de diamètre et soulevant le niveau de la peau de 2 cm. environ. Cette masse était extrêmement sensible et très tendue. L'opération immédiate fut décidée et, après un laps de temps de 6 heures, à cause de l'hésitation des parents, elle fut pratiquée.

Une incision oblique sur la tumeur fit apparaître un sac péritonéal sphérique, tendu, de couleur foncée, bombant directement à travers l'anneau inguinal externe. Le sac fut soigneusement incisé et l'ouverture agrandie avec des ciseaux mousses. Le contenu apparut alors : C'était une masse du volume d'une grosse amande promptement reconnue pour être l'ovaire à la partie postéro-externe duquel se trouvait une trompe de Fallope teintée. Postérieurement à ces deux organes, se trouvait une anse de l'intestin grêle, de couleur sombre. Une très légère traction fut faite sur l'intestin, un guide de Kocher introduit entre lui et le collet du sac et incisa suffisamment pour permettre la réduction des viscères herniés. Quelques minutes après le relâchement du collet constricteur, l'ovaire avait diminué de cent pour cent de son volume et l'intestin devenait rouge foncé. Pensant qu'il y avait une circulation de retour convenable dans les viscères étranglés, je les réduisis soigneusement dans la cavité abdominale. L'ouverture péritonéale fut fermée, mus-

cle et aponévrose rapprochés du ligament de POUPART, et les fibres les plus basses du muscle oblique externe imbriquées sur cette ligne de sutures. La peau fut refermée avec des crins et le tout recouvert d'un pansement à la gutta-percha. Trois heures après l'opération, l'enfant eut une selle abondante. La convalescence se fit sans incident.

OBSERVATION LIII

*Hernie inguinale compliquée par la présence de l'ovaire
et de la trompe*

MULLER (G. P.). — *Annals of Surgery, Philadelphie*, 1918, LXVII, p. 380.

Le Docteur George MULLER rapporte le cas d'un enfant de 5 mois qui avait été opéré à l'âge de 9 semaines, antérieurement, pour étranglement aigu de l'ovaire et de la trompe dans un sac herniaire du côté gauche. L'ovaire et la trompe furent excisés. Cinq semaines plus tard son médecin remarqua une tumeur du côté droit et, comme il craignait qu'un étranglement puisse se produire, le Docteur MULLER opéra, 4 semaines plus tard, l'enfant ayant alors 5 mois. L'incision habituelle étant faite, on trouva une hernie s'étendant dans le canal de Nüch, et, dans le sac, on trouva l'ovaire et la trompe droits. Ces organes furent replacés dans la cavité abdominale et la cure de la hernie fut pratiquée par le procédé habituel.

L'enfant guérit normalement.

OBSERVATION LIV

Hernie inguinale gauche contenant la trompe et le pédicule ovarique

HALLOPEAU et COLLEVILLE. — *Bulletins et mémoires de la Société Anatomique de Paris*, 1920, XC, p. 336.

La pièce que voici provient d'un enfant de 2 mois qui présenta une grosseur dans la région inguinale gauche survenue brusquement. Le lendemain matin, la mère l'amène à l'hôpital. Elle avait eu un vomissement peu abondant avec arrêt des matières et des gaz. Peu de signes généraux : Température à 37°. Pouls à 100. Le ventre est légèrement tendu et ballonné. L'enfant a sous nos yeux une selle abondante de couleur normale. Dans la région inguinale gauche on constate la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, dure, rénitente, mate. A l'incision, après avoir ouvert un sac herniaire duquel il ne s'écoule aucun liquide, on découvre une masse noire d'apparence gangréneuse formée par l'ovaire et par le pavillon de la trompe qui ont fait autour de leur axe un double tour. Les vaisseaux sont thrombosés sur un centimètre environ. Ligature du pédicule, ablation de l'ovaire et du pavillon de la trompe, cure radicale de la hernie.

OBSERVATION LV

Torsion aigüe des annexes gauches dans un sac de hernie inguinale chez un enfant de 5 mois

ESTOR et AIMES (A). — *Bulletin et Mémoires de la Société Anatomique de Paris*, 1921, XCI, p. 43.

M.-B. R., âgée de cinq mois, est une enfant prématurée, née au septième mois. Depuis sa naissance, elle présente une petite grosseur du volume d'une olive, nous dit la mère, dans la partie supérieure de la grande lèvre gauche. Trois jours avant son entrée, la tumeur augmente de volume et devient douloureuse, deux jours après, apparaissent des vomissements.

A l'examen, nous constatons la présence dans la région inguinale gauche d'une tumeur du volume d'une grosse noix, recouverte d'une peau rouge, luisante, tendue. La tumeur est rénitente, mate irréductible, elle possède un pédicule profond.

Opération le 13 décembre, sous anesthésie générale au chloroforme : dans un sac épais de hernie inguinale, on trouve une torsion des annexes gauches, torsion de deux tours et demi, dans le sens des aiguilles d'une montre. La masse tordue est enlevée par section et ligature du pédicule. Réfection de la paroi. Guérison.

La pièce enlevée comprend l'ovaire et la trompe ; ces organes sont volumineux, tout à fait comparables comme grosseur à des annexes d'adulte. Leur coloration est noirâtre, violacée, rappelant celle du boudin.

La pièce est fixée immédiatement et envoyée au laboratoire aux fins d'examen :

Examen histologique (Prof. GRYNFELT). La pièce a été coupée en totalité et montre une partie du ligament large avec une coupe transversale de l'ovaire et une coupe transversale de la trompe.

Une hémorragie diffuse infiltre tout le tissu conjonctif au milieu duquel on retrouve, comme disséqués, les vaisseaux, les nerfs et les éléments caractéristiques des organes examinés.

La trompe est oblitérée, l'épithélium est dégénéré, la tunique musculaire est dissociée par l'infiltration hémorragique.

De même dans l'ovaire, les éléments épithéliaux, follicules, etc., baignent dans une hémorragie diffuse.

OBSERVATION LVI

Hernie inguinale étranglée de l'ovaire et de la trompe chez un enfant de 7 mois.

BERTAUX (A). — Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris, 1923, XCIII, p. 764.

L'enfant Simone P., âgée de 7 mois, née à terme, nourrie au sein, en excellente santé jusque là, est prise le 24 août 1922, d'un vomissement. La mère constate presque immédiatement l'apparition d'une tuméfaction inguinale gauche de la grosseur d'une noisette.

Dans le cours de la journée, l'enfant ne vomit plus, mais n'a pas d'appétit, reste grognon, ne va pas à la selle et crie quand on touche la tuméfaction inguinale. Les jours suivants, l'état général redevient sensiblement normal, l'enfant tète, ne vomit plus, va à la selle, mais elle a perdu sa gaieté. La tuméfaction inguinale persiste, douloureuse.

L'enfant est admise le 29 août et je constate, dans la région inguinale gauche, une tumeur du volume d'une grosse amande, dure, douloureuse, irréductible, ne subissant pas d'impulsion quand l'enfant crie et se continuant par un pédicule épais qui s'enfonce dans l'abdomen.

J'interviens le 30 août, sous anesthésie locale à la novocaïne. Incision classique de la hernie inguinale. A l'ouverture du sac, il s'écoule un peu de sang noirâtre. Le sac contient l'ovaire gauche complètement noir, infarci, le pavillon et la portion ampullaire de la trompe, également noir. Je les résèque après ligature et je termine la cure radicale. Crins sur la peau.

Le soir, la température monte à 38° pour atteindre 39°5. le lendemain et retombe à 37° le 3^e jour. Le 8 septembre, les fils sont enlevés et l'enfant sort guérie.

OBSERVATION LVII

Hernie étranglée de l'ovaire et de la trompe chez un nourrisson.

BUQUET (A). — Rapport de M. PAUCHET. Paris Chirurgical, 1923, XV, p. 298.

Renée C..., née le 25 juillet 1920, est amenée à la crèche de l'hôpital Tenon le 8 octobre suivant, pour une hernie inguinale bilatérale, devenue douloureuse du côté gauche. L'enfant présente, depuis quelques jours, un état général peu satisfaisant, avec pâleur des téguments, quelques vomissements de faible abondance ; mais les selles restent normales et il n'y a pas de fièvre.

Au moment de l'examen, on peut facilement réduire la hernie droite, mais à gauche, la tuméfaction du volume d'une noix verte, devenue dure, est irréductible. On donne aussitôt un bain chaud à l'enfant et l'on se contente ensuite de mettre une vessie de glace à ce niveau. Dans les heures qui suivent, l'état général devient plus grave, le facies est tiré, les yeux se creusent, la petite malade est très abattue et dort continuellement, le pouls est devenu plus rapide. Le ventre est dur, douloureux à la pression, il n'y a pas eu d'émission de gaz, mais il n'y a pas d'arrêt absolu des matières, la température reste à 37°.

En présence de ce tableau je fais le diagnostic d'épiplo-cèle en voie d'étranglement ou de hernie étranglée de l'ovaire et décide d'intervenir aussitôt.

Opération. — Anesthésie par quelques bouffées d'éther. Incision sur la tuméfaction, qui est secondairement prolongée jusqu'à l'épine iliaque. Le canal inguinal est occupé par la masse étranglée ; ouverture du sac qui ne contient pas de liquide ; on reconnaît aussitôt, non l'épiploon, mais le pavillon de la trompe, de coloration noirâtre et l'ovaire violacé, que l'on attire au dehors. Les annexes gorgées de

sang, tuméfiées et tordues sur elles-mêmes, ont le volume de celles d'une fillette de 10 ans. Lavage au sérum chaud, puis à l'éther, après détorsion ; la coloration ne change pas, malgré le débridement de l'anneau.

Etant donné, d'autre part, la difficulté de réduction qui paraît impossible, sans héli-laparotomie étendue, délicate chez un bébé de cet âge, je résèque la trompe et l'ovaire et réduis facilement le pédicule.

Reconstitution du canal en deux plans. Pansement occlusif au sparadrap. Suites opératoires normales. L'enfant a été revue à plusieurs reprises, une dernière fois en janvier 1923. Il existe encore à droite une faiblesse de la paroi, et à gauche, du côté opéré, une cicatrice solide.

OBSERVATION LVIII

Hernie étranglée de l'ovaire gauche chez une fillette de 7 mois

ROCHER (H.-L.). — *Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1924, XIII, p. 363.

Fillette de 7 mois. Au niveau de la grande lèvre gauche, brusquement, à l'occasion d'un effort, s'est produite une tuméfaction indolente grosse comme une prune et réductible partiellement dans le trajet inguinal. Rien d'autre à signaler d'anormal. On pose le diagnostic de kyste du canal de Nück.

A l'intervention (2 mars 1921), on trouve un sac vagino-péritonéal qui contient un peu de liquide citrin, une trompe œdématisée, rougeâtre, et un gros ovaire violacé. Devant ces phénomènes d'étranglement, on pratique la castration annexielle. Cure radicale. Guérison. L'examen de l'ovaire, fait par le Professeur SABRAZÈS, montre une sclérose atrophique considérable de l'organe, pas de kyste.

OBSERVATION LIX

Hernie étranglée de l'ovaire droit avec torsion du pédicule chez une enfant de 3 mois

ROCHER (H.-L.). — *Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris*, 1925, p. 421.

Micheline C..., âgée de 3 mois, nous est adressée par notre collègue, le docteur ROCAZ, pour une tumeur de la région inguinale droite, s'accompagnant de phénomènes sub-inflammatoires du côté de la peau, sans aucun signe abdominal. Il semble que l'on se trouve en présence d'une adénite sub-aiguë et suppurée, d'un ganglion inguinal, et, vu la douleur, la rougeur et l'inflammation des téguments, l'infiltration inflammatoire du voisinage, il est difficile de se rendre compte s'il existe un pédicule ou non. La famille raconte que cette enfant présentait depuis deux mois une petite tumeur indolore mobile, non réductible, située au niveau de la région inguinale droite. En présence de ces phénomènes, en l'absence de toute porte d'entrée d'infection du côté de la région ano-génitale et du membre inférieur droit, nous portons le diagnostic de hernie de l'ovaire avec torsion probable du pédicule.

L'intervention est faite le 18 avril 1925, c'est-à-dire trois jours après le début des phénomènes sub-inflammatoires signalés plus haut.

Intervention: Sac herniaire contenant du liquide et un ovaire apoplectique, violacé; la torsion siège sur l'aileron tubaire, la trompe est elle-même rouge, violacée; les franges du pavillon sont agglomérées, formant comme une petite groseille. Sur le pédicule tubo-ovarien, ligature transfixiante au catgut et résection. Ligature du sac et fermeture de la paroi inguinale en un plan par deux catguts. Suture de la peau.

L'examen histologique, pratiqué par le docteur DUPÉRIE,

est le suivant : Il s'agit d'un ovaire mais à peu près méconnaissable, du fait d'une hémorragie en nappe, très abondante. Cependant, çà et là, surtout à la périphérie de l'organe, on trouve de grosses cellules volumineuses, arrondies, à noyau unique, rond, nucléolé, qui sont des cellules germinatives (ovules).

OBSERVATION LX

Volvulus de l'ovaire chez un bébé de 8 mois

LASERRE (Ch.). — Cité par ROCHER (H.-L.), in *Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris*, 1925, p. 421.

M. LASERRE a opéré un bébé de 8 mois, atteint de volvulus de l'ovaire. Vomissements, mais continuation des selles; hernie irréductible.

Intervention: Ablation de l'ovaire et de la trompe. Guérison. L'ovaire était congestionné, violacé, envahi par un infarctus hémorragique.

OBSERVATION LXI

Hernie inguinale droite étranglée contenant l'ovaire dont le pédicule est tordu

MATHIEU (P.), et MORUZI. — *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1926, LII.

Présentation de pièces : Trompe et ovaire d'un enfant de 3 mois opéré dans le service de M. MATHIEU.

Le nourrisson ne présentait rien d'anormal dans la région inguinale droite jusqu'au 19 janvier 1926. Le 19 janvier 1926, au soir, en faisant la toilette de l'enfant, la mère constate

une tumeur douloureuse au toucher. Pendant la nuit, l'enfant s'agite et crie un peu. Le 20, au matin, un vomissement. Le nourrisson a une selle diarrhéique. Le médecin appelé pense à une hernie étranglée et envoie l'enfant à l'hôpital.

On constate une tumeur au niveau de l'orifice inguinal externe. Elle est arrondie, dure, douloureuse, irréductible. La peau qui la recouvre est légèrement rouge et la région œdémateuse. Malgré la selle du matin, malgré les gaz que l'enfant lâche au moment d'être placé sur la table d'opération, on intervient.

Opération d'urgence, le 20 janvier 1926 à midi par MORUZI (aide : LEMIERRE). Anesthésie chloroforme.

Incision inguinale. Sac sphérique, tendu, noir à collet très serré. On l'incise. Ecoulement de liquide hématique. On agrandit l'incision et on découvre une masse convexe, noire, tendue, que l'on prend pour une anse gangrénée et, au fond du sac, une deuxième masse, noire également, et ressemblant à des caillots sanguins.

Après avoir dégagé ces deux masses, on se trouve en présence de l'ovaire (que l'on avait pris pour une anse étranglée) et du pavillon de la trompe (qui simulait les caillots). En débridant le collet, on met en évidence une torsion du pédicule de un tour de spire et demi dans le sens contraire de la marche des aiguilles d'une montre. Le pédicule est sectionné en tissu sain, après ligature. Paroi en trois plans au catgut. Agrafes. Le cinquième jour, ablation des agrafes.

OBSERVATION LXII (Inédite)

(due à l'obligeance de M. le docteur GUIMBELLOT)

L..., Jacqueline, 4 mois, entre à l'hôpital des Enfants Malades, le 6 février 1923, vers 15 heures, pour une gros-seur de l'aîne gauche. Sa mère a constaté l'existence de cette grosseur depuis la naissance ; mais, depuis deux jours, la tuméfaction a augmenté de volume et depuis lors, l'enfant

crie tout le temps. Il n'y a pas eu d'arrêt des selles. Il n'y a pas eu de vomissements : l'enfant rejette un peu de lait, mais elle le faisait déjà auparavant.

A l'examen, la tuméfaction a le volume d'un petit œuf de poule, débordant de toutes parts l'anneau inguinal gauche au niveau duquel elle siège ; on arrive à sentir un pédicule pénétrant dans cet anneau. La tumeur est douloureuse à la pression. Elle est de consistance ferme, élastique, comme un kyste tendu. Elle est complètement irréductible. La grande lèvres voisine est le siège d'un œdème marqué. Le ventre est souple. Il n'y a pas de température.

On fait le diagnostic de hernie étranglée, peut-être épiplocèle, seulement en raison de la persistance des selles, et on intervient aussitôt le 6 février à 16 heures.

Opération (docteur GUIMBELLOT). — Anesthésie au chloroforme. Incision parallèle à la direction du canal inguinal, sur la tumeur. On tombe sur un sac noirâtre, qu'on ouvre. On y trouve, baignant dans un liquide hématique, un ovaire et une trompe très augmentés de volume. Ils sont tordus sur eux-mêmes, de deux tours, en sens inverse des aiguilles d'une montre. En revanche, il n'existe pas de véritable étranglement, l'anneau n'exerce pas de striction sur les organes tordus. Ovaire et trompe sont d'un noir d'encre ; en amont de la torsion, la trompe reprend sa coloration et son volume normaux. On sectionne la trompe après ligature en amont de la torsion, et on enlève les annexes. La dissection du sac herniaire est rendue difficile par la présence d'un ligament rond relativement épais. Fermeture du pédicule du sac par un catgut et ablation du sac. L'anneau inguinal est oblitéré par un catgut. Crins sur la peau. Suites sans incidents.

OBSERVATION LXIII (Inédite)

(due à l'obligeance de M. le docteur A. MARTIN)

R... Mireille, 16 mois, entre à l'hôpital des Enfants Assistés

le 12 juillet 1926, avec le diagnostic de hernie étranglée. Hernie inguinale gauche du volume d'un œuf.

Opération (docteur A. MARTIN). — A l'ouverture on trouve du liquide dans le sac, l'ovaire est légèrement congestionné, le pavillon tubaire est tuméfié, mais sa libération est facile.

Cure radicale.

OBSERVATION LXIV (Inédite)

(due à l'obligeance de M. le docteur MADIER)

G... Jacqueline, 9 mois. Hernie inguinale gauche avec torsion de la trompe et de l'ovaire.

L'enfant est admise à l'hôpital des Enfants Malades, avec le diagnostic de hernie inguinale gauche étranglée. Depuis la veille au soir, elle a vomi deux fois, a refusé le sein, crié la plus grande partie de la nuit. Elle a eu une selle normale. Il existe, dans la région inguinale gauche, une tuméfaction ovoïde bien limitée, douloureuse, absolument irréductible, ne présentant aucune impulsion. Ventre souple. Température normale. Diagnostic : Hernie étranglée.

Opération (docteur J. MADIER). — Pratiquée le 10 octobre 1922. Chloroforme, sac épais, oedémateux, contenant la trompe et l'ovaire gauches, congestionnés, lie-de-vin, tordus de trois quarts de tour sur leur pédicule. Pas d'intestin. Résection. Fermeture du sac et cure radicale. Mort le deuxième jour.

OBSERVATION LXV (Inédite)

(Dûe à l'obligeance de M. le D^r MADIER).

D... Léone, 2 mois 1/2. Hernie inguinale droite avec torsion de l'ovaire et de la trompe.

Début des accidents la veille, le 11 mars 1923, par des vomissements répétés. La mère constate à l'aîne droite l'existence d'une tuméfaction ; elle donne plusieurs bains à l'enfant sans résultat.

Le 12, dans la matinée, elle appelle son médecin qui envoie l'enfant à l'hôpital des Enfants Malades.

Il n'y a pas eu de vomissements depuis l'arrivée à l'hôpital. Pas de selle, mais émission de quelques gaz depuis le début des accidents aigus. On constate à droite, dans la région inguinale, l'existence d'une tuméfaction ovoïde, grosse comme une petite amande, bien limitée, douloureuse, rénitente, se continuant dans le trajet inguinal par un pédicule mince. Cette tuméfaction ne présente aucune modification sous l'influence des cris ; elle est absolument irréductible. La température est normale. Diagnostic : Hernie étranglée.

Opération (Dr J. MADIER). Pratiquée à 17 h. le 12 mars 1923. Chloroforme. Incision inguinale. A l'ouverture du sac herniaire, il s'écoule un peu de liquide sanguinolent, sans odeur. Le sac ne contient pas d'intestin, mais uniquement la trompe et l'ovaire, de couleur lie de vin, presque noirs. Les deux organes ont subi une torsion, au niveau du ligament utéro-ovarien, qui leur a fait accomplir un demi-tour dans le sens inverse de celui des aiguilles d'une montre.

Les vaisseaux utéro-ovariens sont thrombosés sur une longueur de 15 $\frac{m}{m}$ environ. Ligature et section de ces vaisseaux de la trompe et du ligament utéro-ovarien. Fermeture du sac au catgut. Cure radicale.

L'ovaire examiné, après section, est occupé par un infarctus du volume d'une amande.

Suites simples. Guérison.

OBSERVATION LXVI (*Inédite*)

(Dûe à l'obligeance de M. le D^r MAPIER)

M^{lle}. Ginette, 3 mois. Hernie inguinale gauche avec torsion de la trompe et de l'ovaire.

Envoyée à l'hôpital Bretonneau le 16 mai 1925 pour hernie inguinale étranglée.

Il existe à la région inguinale gauche une tuméfaction du volume d'une amande, rénitente, douloureuse, absolument irréductible, paraissant se continuer dans le canal inguinal. Température normale. Ventre souple. On fait le diagnostic de hernie de l'ovaire.

Opération (D^r J. MAPIER). Pratiquée le 16 mai 1926. Ether. Le sac contient la trompe et l'ovaire gauches de couleur lie-de-vin très foncée, tordus de un tour dans le sens des aiguilles d'une montre. Pas d'intestin dans le sac. Pas de thrombose des vaisseaux utéro-ovariens. Ligature du pédicule ; résection de la trompe et de l'ovaire. Cure radicale. Suites simples. Guérison.

CONCLUSIONS

1° Les accidents d'étranglement et de torsion du pédicule dans les hernies tubo-ovariennes chez l'enfant sont fréquents. On rencontre beaucoup plus souvent le volvulus du pédicule que l'étranglement véritable.

2° Ces complications des hernies tubo-ovariennes s'observent presque aussi fréquemment d'un côté que de l'autre et surviennent principalement au cours des six premiers mois de la vie.

3° Le diagnostic de cette affection est difficile et se fait surtout d'après les caractères d'irréductibilité de la tumeur inguinale, la persistance des matières et des gaz, et par les renseignements fournis par le toucher rectal.

4° La hernie tubo-ovarienne est celle que l'on rencontre le plus souvent, la hernie de l'ovaire ou de la trompe isolément étant exceptionnelles.

5° La trompe et l'ovaire sont le siège d'une congestion intense qui va très souvent jusqu'à l'hémorragie diffuse et même jusqu'à la gangrène de ces organes. Il existe quelquefois une thrombose des vaisseaux utéro-ovariens qu'il est toujours nécessaire de rechercher pour éviter la faute de poser une ligature sur un vaisseau thrombosé.

6° La pathogénie de l'étranglement de la trompe et

de l'ovaire herniés chez l'enfant n'offre aucune particularité. Le mécanisme de la torsion, expliquée par deux théories physiques, l'une de SCHNITZLER, l'autre de PAYR, n'est pas encore complètement élucidée.

7° L'intervention chirurgicale s'impose d'urgence en présence des accidents aigus d'étranglement et de torsion. On est très souvent obligé de réséquer les annexes, leur état anatomique ne permettant pas leur réintégration dans la cavité abdominale.

8° L'opération est bénigne chez les enfants, même chez les nourrissons de quelques mois et les résultats sont remarquablement bons.

9° Il faut opérer les hernies de l'ovaire diagnostiquées, même si elles sont réductibles, avant que surviennent ces complications. Il faut aussi intervenir dans les cas diagnostiqués : hernies irréductibles ou kystes du canal de Nüch, ces affections pouvant très bien être des hernies tubo-ovariennes méconnues.

Vu : *Le Doyen,*

ROGER.

Vu : *Le Président de Thèse,*

JEAN-LOUIS FAURE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Le Recteur de l'Académie de Paris,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université de Paris

BRUNOT.

BIBLIOGRAPHIE

- ABELIO (G.). — Etrangulated fallopian tube, ovary and intestine in an infant. *The Journal of the American Medical Association*, 1916, LXVI, p. 183.
- ANDREWS (F. T.). — Hernia of the ovary and tube. *The Journal of the American Medical Association*, 1906, XLVII, p. 1707.
- AUVRAY (M.). — De la torsion spontanée de l'ovaire et de la trompe normaux. *Archives Mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1912, II, p. 1-22.
- AUVRAY (M.). — Un cas de torsion spontanée de la trompe et de l'ovaire normaux. *Bulletins de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1912, XV, volume I, p. 727.
- AUVRAY (M.). — Nouveau cas de torsion spontanée de la trompe et de l'ovaire normaux. *Archives Mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1913, II, p. 97-104.
- BALLÉY (F.). — Quelques considérations sur la hernie congénitale. *Thèse de Paris*, 1854.
- BARNES (R.). — On hernia of the ovary and observations on the physiological relations of the ovary. *The American Journal of obstetrics*, 1883, XVI, p. 1-25.
- BARNES (R.). — *De la hernie de l'ovaire*. Traduction de Rivière, Paris, 1883.
- BAUBY. — La hernie étranglée chez l'enfant. *Archives Médicales de Toulouse*, 1902, VIII, p. 371-375.

- BAUDET (P.). — La hernie étranglée chez le nourrisson.
Archives Médicales de Toulouse, 1911, XVIII, p. 381-386.
- BÉRARD (A.). — Hernie étranglée de la trompe de Fallope.
L'Expérience, 1839, III, p. 216.
- BERCHoud (J.). — Cure radicale de la hernie inguinale
chez les enfants. *Thèse de Lyon*, 1899-1900.
- BERGER (P.). — Résultats de l'examen de 10.000 observa-
tions de hernies, 1896. (*Extrait du 9^{me} Congrès Français
de Chirurgie.*)
- BERGER (P.). — *Traité de Chirurgie*, tome VI, article :
Hernies, p. 837-841.
- BERTAUX (A.). — Hernie inguinale étranglée de l'ovaire et
de la trompe chez une enfant de sept mois. *Bulletins
et Mémoires de la Société Anatomique de Paris*, 1923,
XCIII, p. 764.
- BEYAERT (E.). — La hernie inguinale gauche chez une
enfant de trois mois. Etranglement et mortification d'un
ovaire et d'une trompe. Ovariectomie, salpingectomie.
Cure radicale. Guérison. *Annales de Chirurgie et d'or-
thopédie*, 1904, XVIII, p. 193.
- BILLARD. — Hernie inguinale, congénitale formée par
l'ovaire. *Traité des maladies de l'enfance*, 1837.
- BINDI (F.). — *Sull' ernia tubo-ovarica per scivolamento. II*
Morgagni, 1907, XLIX, p. 504-522.
- BITZAKOS (J.-L.). — *Ueber Ovarialhernien, Inaugural Dis-
sertation*. München, 1892.
- BOINET (A.-A.). — *Traité pratique des Maladies des Ovaï-
res*. Paris, 1877, p. 25-41.
- BONNET (L.). — De la cure radicale de la hernie inguinale

non étranglée, chez l'enfant en bas-âge. *Thèse de Paris*, 1897-1898.

BORDEAUX (N.). — De la hernie complète des organes génitaux profonds de la femme en dehors de la grossesse. *Thèse de Paris*, 1904-1905.

BOUDAILLE (H.). — Contribution à l'étude de la hernie inguinale congénitale chez la femme et des hernies de l'ovaire. *Thèse de Paris*, 1890-1891.

BOULFROY. — Des hernies des organes génitaux de la femme. *Thèse de Lyon*, 1904.

BOURHIS (Y.). — La hernie inguinale étranglée chez le nourrisson. *Thèse de Paris*, 1911-1912.

BRINDEAU (A.) et POTTET. — Hernie étranglée de l'ovaire chez un nouveau né. *Bulletins de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, 1908, XI, p. 17.

BROCA (A.). — *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris*. 1893, p. 86.

— Hernie inguinale étranglée chez l'enfant. *Presse Médicale*, 1902, I, p. 531-534.

— *Chirurgie infantile*. Paris, 1914.

BROSSY (J.). — L'opération de la hernie chez les enfants et ses résultats éloignés. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1917, XXXVII, p. 473-548 et p. 487-570.

BRUNNER (C.). — *Herniologische. Beobachtungen. Beiträge Zur Klinischen Chirurgie*, 1889, IV, p. 1-39.

BUQUET (A.). — Hernie Etranglée de l'ovaire et de la trompe chez un nourrisson. *Rapport de Pauchet*. Paris Chirurgical, 1923, XV, p. 298.

CAHEN (F.). — *Muenchener Medizinische Wochenschrift* 1900, XLVII, p. 1325.

- CAMPBELL (R.). — *Strangulation, of uterine appendages in Inguinal hernia*. The British Medical Journal, 1905, II, p. 1206.
- CARDOT (Médéc. Major). — Sur un cas d'étranglement d'une hernie inguinale de la trompe et de l'ovaire chez une fillette de 10 mois. (Rapport de Picqué L.). *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1906, XXXII, p. 1125.
- CARMICHAEL (E. S.). — Remarks on some varieties of hernia in children (After radical cure in 152 Cases). *The British Medical Journal*, 1906, I, p. 254-257.
- Inguinal hernia in the female. *The British Medical Journal*, 1906, I, p. 1103.
- ... Hernia of the uterine adnexa with a personal experience 1906, I, p. 1221.
- Hernia of the uterine adnexa with a personal experience of seven cases. *Journal of Obstetrics and gynecology of the British Empire*, 1906 X, p. 16-21.
- CARSTENS (J.-H.). — Ovary and tube and ovarian tumors in the inguinal canal. *The Journal of the Medical Association*. Nov. 2, 1907, XLIX, p. 1512.
- CHARON. — Hernie inguinale de l'ovaire et de la trompe chez une enfant de trois mois. *Journal de Clinique et de Thérapeutique infantiles*, 1898, VI, p. 21.
- CHAUVEAU (R.). — Des hernies inguinales congénitales. *Thèse de Paris*, 1888-1889.
- CHURCHILL (J.-F.). — Report of a case of hernia of the ovary accompanied by strangulation in a child five months old. *Surgery gynecology and obstetrics*, 1908, VII, p. 480.

- CLOQUET (J.). — *Dictionnaire des Sciences Médicales* t. XXXIX, p. 35.
- COLEY (W.-B.). — Strangulated hernia in children. *The Journal of the American Medical Association*, 1900, XXXIV, p. 324.
- Inguinal hernia in the female. *Annals of surgery*, 1909, 4, p. 609-629.
- COLOMBAT DE L'ISÈRE. — *Traité complet des maladies des femmes*, 1838, t. I, p. 357-363.
- COSTA (G.). — Sull ernia inguinale per scivolamento della tube dell ovario. *La Clinica chirurgica*, 1906, XIV, n° 6, p. 738-753.
- Contributo clinico allo studio dell ernia annessiale. *La Riforma Medica*, 1912, XXVIII, p. 1128-1135.
- COSTANTINO (B.). — Di un caso di Ernia inguinale ovarica. *Lo Sperimentale* 1881.
- COURTY (A.). — *Traité des maladies à l'utérus, des ovaires et des trompes*, Paris, 1866, p. 719-722.
- DAMIANOS (N.). — Ueber die Stieldrehung der Adnexe in Leistenbrüchen in frühen Kindesalter. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Leipzig*, 1905, LXXXV, p. 228-250.
- DELÉPINE (J.). — *Revue Française de Gynecologie et d'obstetrique*, 1921, XVI, p. 548-558.
- DENEUX (L.-C.). — *Recherches sur la hernie de l'ovaire*. 1813.
- DESAULT. — *Traité des maladies chirurgicales* par Chopart et Desault, Paris, 1779, t. II, p. 305.
- DREW (D.). — Hernia in children wich special reference to the variations of the sac and the contents. *Practitioner*, Lond., 1911, LXXXVII, p. 299-303.

- Du Bois (A.). — Traitement de la hernie inguinale congénitale chez l'enfant en bas-âge. *Thèse de Paris*, 1910.
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de chirurgie*, Paris 1892, T. VI, p. 837.
- DURET (H.). — Des variétés rares de la hernie inguinale. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1883, p. 50-60.
- ENGLISH (J.). — *Ueber ovarialhernien. Medizinische Jahrbücher*, 1871, p. 335-386.
- ESTOR et AIMES (A.). — Torsion aigüe des annexes gauches. *Revue de Chirurgie*, 1902, XXV, p. 249, p. 436, et p. 721.
- ESTOR et AIMES (A.). — Torsion aigüe des annexes gauches dans un sac de hernie inguinale chez une enfant de cinq mois. *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris*, 1921, XCI, p. 43.
- EUSTACE (A. B.). — Case of strangulated tubo-ovarian hernian in an infant. *The Journal of the American Medical Association*, 1914, LXII, page 772.
- FELIZET (G.). — *Les hernies inguinales de l'Enfance*. Paris, 1894.
- FÉRÉ (C.). — Etudes sur les orifices herniaires. *Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie*. 1878-1879, p. 479, 551 et 643.
- Mme FERRAUD-BAYLON. — Contribution à l'étude des hernies de l'ovaire. *Thèse de Montpellier*, 1907-1908.
- FILIPPINI (G.). — Esperienza di duemila operazioni nella cura radicale delle ernie. *La Clinica Chirurgica*, 1906, XIV, n° 3, p. 271-304.
- GARRIGUES (A.). — Les hernies de la trompe utérine. *Thèse de Paris*, 1903-1904.
- GAUDIER (H.). — Pseudo étranglement d'une hernie ingui-

- nale de la trompe chez une fillette de quatre mois. (Rapport de Broca A.). *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1906, XXXII, p. 607.
- GAUGELE (K.). — Ueber ovarialhernien mit Stieltorsion. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Leipzig, 1904, LXXX, p. 216-228.
- GAUGELE (M. K.). — Sur les hernies de l'ovaire avec torsion du pédicule. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1904, vol. 73, p. 216. — *Annales de la Chirurgie et d'Orthopédie*, 1906, XVIII, p. 276.
- CHEDINI (A.). — Sull ernia della tromba uterina. *Il Policlinico sezione pratica*, 1902, VIII, fasc. 12, p. 1008-1011, et fasc. 33, p. 1043.
- GIULIANO (E.). — Un caso di ernia tubarica congenita. *Gazetta degli ospedali e della cliniche*, 1912, XXXIII, p. 1475-1478.
- GIVEL (A.). — Hernie inguinale tubo-ovarienne avec torsion du pédicule chez un nouveau-né. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1916, XXXVI, p. 241.
- GOEPEL. — *Enig Beiträge Zur Kenntniss der Tuben hernien* Leipzig, 1896.
- GOSSELIN (L.). — De l'étranglement dans les hernies. *Thèse d'agrégation*, Paris, 1844.
- GOVONI (G.). — Ernia dell ovario. *Il Policlinico Sezione Pratica*, 1907, XIV, fasc. 16, p. 499.
- GRUNERT. — Ueber Herniotomien im Kindesalter. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1903, LXVIII, p. 518.
- GUERSANT. — Hernie de l'ovaire par le canal inguinal. *Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*, 1851-1852. Tome II, p. 127-131.

- HABS. — Démonstration. *Muenchener Medizinische Wochenschrift*, 1901, XLVIII, p. 123.
- HALLER (A.). — *Disputationes chirurgicæ selectæ*. Tome III, 1755.
- DE HAYES (A.). — Contribution à l'étude de la hernie étranglée chez le nourrisson. *Thèse de Paris*, 1908-1909.
- HALLOPEAU et COLLEVILLE. — Hernie inguinale gauche contenant la trompe et le pédicule ovariique. *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris*, 1920, XC, p. 336.
- HAMILTON (F.) et TERRY. — *Bellevue Hospital Report's*, 1870, p. 159.
- HEEGARD (H.). — Ueber orarialhernien. *Archives für Klinische Chirurgie*, 1904, LXXV, p. 425-505.
- HEIBERG et HOWITZ. — Demonstration. *Archives für Klinische Chirurgie*, 1904-1905, LXXV, p. 487.
- HEINECK (A. P.). — Contribution à l'étude des hernies tubaires, ovariennes et tubo-ovariennes. *Union Médicale du Canada*, 1912, XLI, n° 11, p. 619-621.
- Hernias of the ovary, of the fallopian tube and of the ovary and the fallopian tube. *Surgery, gynecology and obstetrics*, 1912, XV, p. 62-109.
- Contribution à l'étude des hernies tubaires, ovariennes et tubo-ovariennes. *Journal Médical de Bruxelles*, 1913, XVIII, p. 1.
- HENGGELE (O.). — Statistische Ergebnisse Von 276 incarceristen. Hernien Welche Von, 1881-1894, in *der chirurgischen Klinik Zu Zurich behaultet resp. operiert Worden sind. Beitrage Zur Klinischen Chirurgie*, 1896, XV, p. 1-98.

- HERMANN (J.). — *Ueber Brucheinklemmung von Adnexen in frühen Kindesalter. Inaugural Dissertation, Kiel, 1899.*
- HEURTAND (H.). — Contribution à l'étude de l'étranglement herniaire dans les deux premiers mois de la vie. *Thèse de Bordeaux, 1908-1909.*
- HODGE (E. B.). — Strangulated hernia of the ovary in a two months old infant. *Annals of surgery, Philadelphia, 1906, XLIV, p. 958.*
- HOLMES (Coste). — A case in which the left ovary was found in the sac of an oblique inguinal hernia occurring in a young woman ; with remarks. *The Lancet, 1864, I, p. 96.*
- ISOARD DE CHÉNERILLES (C.). — De la hernie inguinale, étranglée chez le nourrisson. *Thèse de Montpellier, 1909-1910.*
- IVANOFF (P.). — Hernie de la trompe de Fallope. *Thèse de Lille, 1901-1902.*
- JABOULAY et PATEL. — Article Hernie. in *Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbêt*, p. 335, t. XXV.
- JOPSON (J.-H.). — Hernia of the uterus through the inguinal canal. *Annals of surgery, 1904, XL, p. 98-106.*
- JOVIN (A.). — Etude de l'étranglement des hernies de la trompe de Fallope. *Thèse de Bordeaux, 1910.*
- KEITH (A.). — On the origin and nature of hernia. *The British Journal of Surgery, Bristol, 1923-1924, XI p. 455-475.*
- KELLY (H. A.). — *Opérative. Gynecology. Vol. II, p. 486.*
- KENNEDY (F. W.). — Strangulated hernia of the ovary in infant. opération. Recovery. *The British Medical Journal, 1909, II, p. 1407.*

KIRMISSON. — Hernies inguinales chez l'enfant. *Pédiatrie pratique*, Lille, 1912, X, p. 54-59.

KIVLIN (C. F.). — Hernia of tube and ovary complicated by strangulation of intestine. *The New-York Medical Journal*, 1908, August 29, LXXXVIII, p. 404.

LANGEMAK. — Ueber Bruncheinklemmung von adnexen im Sauglingsalter. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Leipzig, 1911, CIX, p. 195-198.

LASERRE (CH.). — Volvulus de l'ovaire chez un bébé de huit mois (cité par Rocher (H. L.). *Bulletins de la Société de Piédiatrie de Paris*, 1925, p. 421.

LASSUS. — *Pathologie Chirurgicale*, Paris, 1806, tome II, p. 98-102.

LAWSON TAIT. — *Traité des maladies des ovaires*, 1886. Traduction par Olivier (A.), p. 68.

LECÈNE (P.). — Torsion de l'ovaire et de la trompe. *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris*, 1908, LXXXIII, p. 458.

LEGRAIN (E.) et ASCHOFF (L.). — Contribution à l'étude de la hernie inguinale des organes génitaux. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1902, XX, p. 1569-1574.

LEJARS (F.). — Hernie inguinale de la trompe. *Revue de Chirurgie*, 1893, XIII, p. 12-31.

— *Traité de chirurgie d'urgence*. Tome II, p. 730.

LEMHÖFER (F. L.). — Ein Beitrag Zur Kasuistik der ovarialhernien. *Inaugural Dissertation*. Leipzig, 1895.

LENTZ. — Un cas de hernie ovarique inguinale. *Gazette Médicale de Strasbourg*, 1881, X, p. 97.

LOCKWOOD (C.-B.). — Hernia of the ovary in an infant with

torsion of the pedicle. *The British Medical Journal*, 1895, I, p. 716.

— Un cas de hernie de l'ovaire chez une enfant avec torsion de pédicule. *The British Medical Journal*, 1896, I, p. 1442, Cité par Mlle Petitjean, in *Thèse de Paris*, 1909-1910.

LOUMAIGNE (I.). — De la hernie de l'ovaire. *Thèse de Paris*, 1869.

LOZANO (P.). — Hernia inguinal estrangulada en una niña de cuatro años cuyo contenido era la trompa derecha. *Revista Ibero-Americana de ciencias médicas*, 1902, XXI. Minn. LIII, p. 1-7.

— Hernie inguinale de la trompe chez une enfant. *Académie Médico-Chirurgicale espagnole*, 3 mai 1909. Résumé in *Revue de Chirurgie*, 1909, XL, p. 569.

LUER (B. M.). — *The American Journal of obstetrics*, 1874, vol. VI, p. 613. Case of ovarian hernia.

MAASS. — Hernie de l'ovaire avec torsion du pédicule chez une enfant. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1898, XXXV, p. 776. Traduit par Barozzi (J.), in *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1899, III, p. 192.

MACÉ (O.) et MONCANY. — Hernie congénitale labiale de la trompe et de l'ovaire chez une enfant de sept mois. Cure radicale. Guérison. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1905, VIII, p. 133.

MADDEN (M.). — Ovarian displacements. *The Lancet*, 1886, I, p. 402.

MAILLARD (C.). — De la torsion des salpingites. *Thèse de Paris*, 1897-1898.

- MAISONNEUVE (J.-G.). — *Thèse d'agrégation*, Paris, 1850, p. 6-21.
- MANEGA. — Hernie inguinale gauche étranglée chez un enfant de quatre mois. *La Reforma Medica*, 1894. Cité par Ogé, *Thèse de Paris*, 1900-1901.
- MARIANI (C.). — Ernia inguinale della tromba fallopiana. *Il Policlinico Sezione Pratica*, 1901, VII, fasc. 13, p. 385-387.
- MARSILY (C.). — Hernie inguinale de la trompe de Fallope. *Thèse de Montpellier*, 1918-1919.
- MONTAGNARD (M.). — Les hernies de la trompe utérine. *Thèse de Lyon*, 1909-1910.
- MARTIN (E.). — A propos d'un cas de hernie de l'ovaire avec accidents de pseudo-étranglement chez une enfant de cinq ans. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1903, XXIII, p. 790.
- MATHIEU et MORUZI. — Hernie inguinale droite étranglée contenant l'ovaire dont le pédicule est tordu. *Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*, 1926, LII.
- MATTEY (A.-L.). — Ueber sog. eingeklemmte Hernien der adnexe. *Beitrag, Zür Klinische Chirurgie Tubing*, 1913, LXXXIII, p. 361-368.
- MAY (E. H.) et BELBIN (H.-A.). — A case of hernia of the ovary in a child seven months old. (Recorded by H. Ashley Balbin *The British Medical Journal*, 1898, I, p. 1389.
- MENCIÈRE (L.). — Hernie de l'ovaire particulièrement chez la petite fille. *Revue des maladies de l'enfance*, 1897, XV, p. 270-280.
- MEYER. — Ueber Bruchein Klemmung in Kindesalter. *Inaugural Dissertation. Göttingen*, 1897.

- MORF (P.-F.). — Hernia of the fallopian tube without hernia of the ovary. *Annals of surgery, Philadelphie*, 1901, XXXIII, p. 247-268.
- MORGAN (J.-H.). — Un cas de hernie de l'ovaire droit avec enroulement du pédicule. Opération. Guérison. *The Lancet*, 1897, I, p. 1340. Cité par Mlle Tetitjean in Thèse de Paris 1909-1910.
- MORROW (A.-S.). — A case of inguinal hernia in a child six weeks old, containing the tube, ovary and horn of the uterus. *American Journal of Surgery*, 1911, XXV, p. 193.
- MOSCHCOWITZ (A.-V.). — Strangulated, hernia in infants : description of a hitherto unrecognized cause and seat of strangulation. *The medical Record, New-York*, 1901, LIX, p. 612-615.
- MOSCHOWITZ (A.-V.). — A case of torsion of uterine adnexa in hernia in infant. *The American Journal of obstetrics*, 1912, LXV, p. 537.
- MOSER (H.). — *Zur Kenntnis der Ovarialhernien. Inaugural Dissertation*. Berlin, 1898.
- MOUCHET (A.) et PIZON. — La hernie inguinale étranglée chez le nourrisson. *Le Médecin praticien*, 1910, VI, p. 597-599.
- MOYNIHAM (B. C. A.). — Strangulated hernia in infancy. *The Lancet*, 1897, II, p. 788.
- MÜLLER (G.-P.). — Inguinal hernia complicated by hernia of the ovary and tube. *Annals of Surgery, Philadelphie*, 1918, LXVII, p. 380.
- MUMBY L.P.). — Hernie inguinale de l'ovaire. *The British*

- Medical Journal*, 1896, I, p. 17. Cité par Mlle Petitjean.
in Thèse de Paris, 1909-1910.
- MUNIAGURRIA (C.). — Hernia inguinal de la trompa y del ovario en una nina de tres meses. *La Semana Médica*, 1902, IX, p. 396.
- MUSCATELLO. — Sull' ernia della tuba uterina. *Il Policlinico sezione pratica*, 1902, VIII, fasc. 24, p. 749.
- NEBOUX. — *Archives générales de Médecine*, 1846, p. 95.
Hernie ovarique étranglée.
- NÉLATON (A.). — *Elément de Pathologie chirurgicale*. Paris, 1857, t. IV, p. 436.
- NICOLL (J.-H.). — Ovary and tube which occupied the upper portion of the labium in a female infant, and ultimately became strangulated by torsion of the pedicle simulating strangulated hernia. *The Glasgow Medical Journal*, 1902, LVIII, p. 40.
- NOVÉ-JOSSERAUD et RENDU. — Hernie étranglée de la trompe et de l'ovaire gauche chez une fillette de deux mois et demi. *Lyon Médical*, 1913, CXXI, p. 25. *La Médecine Moderne*, 1913, XXII, p. 3.
- NICOLL (J.-H.). — Specimens from a serie of cases of hernia of the ovary in young children. *The Glasgow Medical Journal*, 1905, LXIV, p. 268.
— Cases of hernia of the ovary in infant. *The Glasgow Medical Journal*, 1906, LXV, p. 367.
- OGÉ. — Des hernies de l'utérus et des annexes. *Thèse de Paris*, 1899-1900.
- OWEN (E.). — Torsion du pédicule ovarien dans le sac herniaire. *The Lancet*, 1896, I, p. 765. Cité par Mlle Petitjean, *in Thèse de Paris*, 1909-1910.

- PANAS. — Hernie étranglée chez une petite fille de sept mois. Opération suivie de succès. Mort par entérite survenue après la sortie de l'hôpital. *Gazette des Hôpitaux*, 1868, p. 135.
- PATEL (M.). — Article Hernies in. *Nouveau Traité de Chirurgie* par le Dentu et Delbet, t. XXIX, p. 509-523.
- PAYR E.). — Uber die Ursachen der stieldrehung intraperitoneal gelegener organe. *Archiv für Klinische chirurgie*, 1902, LXVIII, p. 523.
- Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1906, LXXXV, p. 392-451.
- PEYRILHE. — *Histoire de la chirurgie*, II, p. 277.
- PERI (A.). — *Contributo alla casistica dell' ernia inguinale dell' ovaio*. *La Clinica ostetrica*, 1903, V, p. 223-249.
- PETITJEAN (M.). — De la hernie inguinale étranglée chez l'enfant dans les deux premières années de la vie. *Thèse de Paris*, 1899-1900.
- Mlle PETITJEAN. — Contribution à l'étude des hernies de la trompe et de l'ovaire chez l'enfant et de leurs complications. *Thèse de Paris*, 1909-1910.
- PINKERTON (J.). — Irreducible hernia of Fallopiian tube and ovary in a child. Opération. Recovery. (Reported by F. S. Pitt Taylor). *The British Medical Journal*, 1899, II, p. 853.
- PIRAMI (E.). — L'ernia inguinale degli annessi. *La Clinica chirurgica*, 1914, XXII, n° 2, p. 213-220.
- POLLARD (B.). — Hernie étranglée de l'ovaire chez une enfant de 3 mois. *The Lancet*, 1889, II, p. 165. Cité par Mlle Petitjean in *Thèse de Paris* 1909-1900.

- POTT (P.). — *Chirur. Observat. London*, 1756, p. 153.
- PONS (C.). — Contribution à l'étude de la hernie inguinale étranglée chez l'enfant dans les premières années de sa vie. *Thèse de Toulouse*, 1916-1917.
- PUECH (A.). — *Des ovaires et de leurs Anomalies*. Paris, 1873, p. 42-77.
- Nouvelles recherches sur les hernies de l'ovaire. *Annales de Gynécologie*, 1878-1879, p. 321-338.
- QUADFLIEG. — Zur Kasuistik der hernia ovarica inguinalis. *Muenchener Medizinische Wochenschrift*, 1901, XLVIII, p. 790.
- RABIER (J.). — Contribution à l'étude de la torsion des trompes. *Thèse de Paris*, 1902-1903.
- RAMONÈDE (L.). — Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée chez l'adulte. *Thèse de Paris*, 1883.
- REID (W.-B.). — Strangulated Hernia in children under one year. Report of a case twenty seven days of age. Herniotomy. Recovery. *The American Journal of obstetrics*, 1903, XLVII, p. 194-200.
- RICHARD (G.). — Anatomie des trompes de l'uterus chez la femme. *Thèse de Paris*, 1851.
- RICHTER (A.G.). — Traité des hernies. (traduction par Rougemont (J.-G.).
- RIGBY (H.-M.). — A case of torsion of the ovary in a hernial sac. *The Lancet*, 1905, II, p. 360.
- ROCHARD (E.). — *Les hernies*. Paris, 1904.
- ROCHER (H.-L.). — Hernie étranglée de l'ovaire gauche chez une fillette de sept mois. *Bulletins de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, 1924, XIII, p. 363. et

Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris, 1925, p. 421.

— Hernie étranglée de l'ovaire droit avec torsion du pédicule chez une enfant de trois mois. *Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris*, 1925, p. 421.

— Quand et Comment opérer les hernies inguinales chez le nourrisson. *Le bulletin Médical*, 1924, XXXVIII, p. 674-676.

ROCHER (H.-L.) et VILLAR (J.). — Sur deux cas de hernie de l'ovaire chez le nourrisson. *Bulletins de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, 1924, XIII, p. 363.

ROMITI. — Art. Ovaia. *Enciclopedia Medica*, Vallardi.

SABATUCCI (R.). — Contributo alla casistica dell'ernia della tuba uterina. *Il Policlino Sezione Pratica*, 1905, XII, fasc. 43, p. 1357.

SALNELLE (C.). — Etude sur l'étranglement dans la hernie inguinale congénitale. *Thèse de Paris*, 1880.

SANTORO (G.). — Un cas de hernie annexielle étranglée. Opération d'urgence. Guérison. *Revue Mensuelle de Gynécologie d'obstétrique et de Pédiatrie*, 1914, IX, p. 183.

SCHNITZLER (J.). — Torquite ovarialhernien. *Wiener Klinische Rundschau*, 1903, XVII, p. 793-794.

SCHOLLER. — Un cas de hernie inguinale congénitale renfermant la trompe de Fallope. *Neue Zeitschrift für Geburtskunde. Résumé in Gazette Médicale de Paris*, 1840, VIII, p. 509.

SCHULTZ (G.). — Contribution à l'étude des hernies de la trompe de Fallope sans hernie de l'ovaire. *Thèse de Paris*, 1897-1898.

SÉRIAN (H.). — Des hernies de la trompe et de l'ovaire.

Thèse de Paris, 1903-1904.

SEGALE (G.B.). — Ernia del canale di Nück. *Il Policlinico*

Sezione Pratica, 1909, XVI, fasc 36, p. 1132.

SMITH (R.R.) and BUTLER (W.J.). — Concerning torsion of

the uterine adnexa, occurring before puberty together with a consideration of torsion of normal adnexa. Report of a case and review of the literature since 1900. *The American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1921, II, p. 507-521 et p. 544-546.*

DE SNOV. — Congenitale ovarialbreuk met partiel defect

van de tuba. *Nederl. Tijdschr. v. Versloosk en Gynœk., Haarlem, 1908, XVIII, p. 63-71.*

STERN (K.). — Beitrag zur statistik und Prognose der Her-

miotonien im ersten Kindesalter. *Centrablatt für chirurgie, 1894, XXI, p. 425-438, 1892, XIX, p. 36.*

STILES (H.J.). — *The British Medical Journal, 1904, II, p.*

812.

TAILHEFER. — Hernie de l'ovaire prise pour une hernie de

rein. (Rapport de Broca A.). *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1904, XXX, p. 45.*

TARIEL (P.). — De la Hernie étranglée chez l'enfant. *Revue*

mensuelle des maladies de l'enfance, 1894, XII, p. 247-266.

THOMAS (L.). — De la hernie inguinale de l'ovaire. *Thèse de*

Paris, 1887.

TSCHERNING (E.). — Analyse dans : *The Journal of the Ame-*

rican Medical Association, 1906, II, p. 1707.

— Ueber ovarialhernien. *Archiv für Klinische chirurgie,*

1904-1905, vol., 75, p. 486.

TOURNEUX (J.-P.). — *Revue mensuelle de Gynécologie, d'Obs-*

tétrique et de Pédiatrie de Paris, 1913, VII, p. 484.

VASSAL (P.). — Considérations sur la cure radicale de la hernie inguinale chez la femme et particulièrement chez la petite fille. *Thèse de Paris*, 1894-1895.

DE VAUCHER (A.). — Contribution à l'étude de la hernie inguinale de l'ovaire et de la trompe de Fallope. *Thèse de Lyon*, 1894-1895.

VEAU (V.) et BERGER (J.). — Hernie de l'ovaire, torsion de son pédicule. *Archives de Médecine des Enfants*, 1911, XIV, p. 36.

VELPEAU. — Article ovaire. in *Dictionnaire de Médecine*, 1840. Tome XXII, p. 558.

VERDIER (P.-L.). — *Traité pratique des hernies*. Paris, 1840.

WIBAILLE (G.). — Des hernies de l'Ovaire. *Thèse de Paris*, 1874.

ZEDELIUS (K.). — Ein Beitrag Zur Statistik der ovarioto-
mien. *Inaugural Dissertation*, Kiel, 1877.

ZURHELLE (E.). — Zur Kasuistik der hernia ovarica ingui-
nalis. *Centralblatt für gynäkologie*. Leipzig, 1906, XXX,
p. 541.

